UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1934 — N° 26

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE

LA RÉORGANISATION DES SERVICES de la Santé Publique en Algérie

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 2 Juillet 1934

PAR

GODARD Georges

Né le 12 Novembre 1904, à Birmandreïs (Alger)

Membres du Jury :

MM. SÉNEVET, *Professeur de Parasitologie et Zoologie médicale* ..... *Président*

AUBRY, *Professeur de Clinique médicale*... } *Juges*

BENHAMOU, *Agrégé (Médecine)*..... } *Juges*

LACROIX, *Agrégé (Médecine)*..... } *Juges*

ALGER
Imprimerie PFEIFFER & ASSANT
86, Rue Sadi-Carnot

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549016_0022

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
DOYEN HONORAIRE		HERAIL (✻, I. ✪).
ASSESSEUR		GILLOT (I. ✪).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	MM.	N...
Clinique médicale et hygiène infantile.		GILLOT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds. des maladies syphilitiques et cutanées.		RAYNAUD (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale		COSTANTINI (✻, ⚕, I.✪).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge		LAFFONT (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		LOMBARD (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique médicale		AUBRY (✻, ⚕, I. ✪).
Histologie et Embryologie		WEBER (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique et médicale		MAILLARD (✻, I. ✪).
Hygiène, hydrologie et climatologie		N...
Physiologie		TOURNADE (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Pharmacie		MUSSO (I. ✪).
Médecine légale		GIRAUD (O.✻, ⚕, I.✪).
Anatomie		LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
Microbiologie et cryptogamie		PINOY (✻, I. ✪).
Physique médicale		PORTES (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire		CABANES (✻, ⚕, I. ✪).
Parasitologie et zoologie médicale		SENEVET (⚕, A. ✪).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		WUNSCHENDORFF (I. ✪).
Botanique et matière médicale		FOURMENT (A. ✪ O. ✻).
Pathologie générale et pathologie médicale		POROT (A. ✪).
Thérapeutique		LEBON (✻, ⚕, A. ✪).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (⚕), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, I. ✪). MM. HERAIL (✻, I. ✪).

CHARGES DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM.	FUSTER (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique d'otho-rhino laryng		H. ABOULKER (✻, ⚕, A. ✪)

AGREGES

Chirurgie	MM.	DUBOUCHER (I. ✪).
		FERRARI (I. ✪).
		MOGGI (✻).
Médecine		BENHAMOU (✻, ⚕).
		LACROIX.
Physiologie		N...
Anatomie		RIBET ((⚕, A.✪).
Chimie Médicale		N...
Obstétrique		HOUEL (✻, ⚕, A. ✪)
Histoire naturelle pharmaceutique		N...
Anatomie pathologique		MONTPELLIER (I. ✪).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGREGE LIBRE

Physiologie ..... M. BATTEZ.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette Thèse.

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

Morts pour la France.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde affection pour les immenses sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MA CHÈRE FEMME

A MES CHERS ENFANTS

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN RAYNAUD

Médecin des Hôpitaux
Inspecteur général du Service central de l'hygiène
et de la médecine préventive
Délégué français au Comité d'hygiène
de la Société des Nations
Chevalier de la Légion d'honneur

In memoriam.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHASSEVANT

Professeur d'hygiène, d'hydrologie et de climatologie
Officier de la Légion d'honneur
Croix de guerre

In memoriam.

MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR GÉNÉRAL LASNET

Grand'Croix de la Légion d'honneur

Directeur du Service de la Santé publique en Algérie

Membre de l'Académie de Médecine

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉNEVET

Professeur de Parasitologie et Zoologie médicale

En reconnaissance de la grande bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et pour le grand honneur qu'il nous a fait en présidant notre thèse.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. AUBRY

Professeur de Clinique médicale
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre

Qui dirigea nos premiers pas en médecine.

Témoignage de gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BENHAMOU

Ses leçons éloquentes et vivantes laisseront dans notre mémoire un souvenir ineffaçable.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LACROIX

En toute déférence.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A NOS MAÎTRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE

ET DE MÉDECINE COLONIALE DE L'AFRIQUE DU NORD

Monsieur le Docteur Sasportas

Assistant à la Direction de la Santé publique

Monsieur le Docteur Gavard

Ancien assistant au Service central de l'hygiène

Monsieur le Docteur Pons-Leychard

Ancien chef du Service antipaludique

Faible témoignage de reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'ils nous ont manifesté.

A mes Amis

Paul Faure

Pharmacien

Jean Puiggalli, René Durand

Licenciés ès Lettres

Les Docteurs Canova, Denoncin, Gravier,

Lluquet, Madon, Nessler, Servajean

En toute affection.

PRÉAMBULE

Sur les conseils du regretté Docteur L. Raynaud, nous avions entrepris tout d'abord de traiter la question de la réorganisation du service antipaludique.

Les remaniements subis par ce service à la mort de notre Maître enlevaient par la suite tout intérêt à notre travail.

Encouragé par le Docteur Sasportas, nous entreprîmes alors de traiter la question entière de la réorganisation du service de la Santé publique en Algérie, l'œuvre considérable et définitive réalisée par Monsieur le Médecin Inspecteur général Lasnet.

Nous nous sommes efforcé de montrer toute l'importance de la réforme qui dote l'Algérie d'un puissant organisme de protection de la Santé publique.

LA RÉORGANISATION

des services de la santé publique

en Algérie

Par le décret du 26 septembre 1932, se trouve réglée définitivement dans ses grandes lignes, sinon dans le détail, l'organisation et l'esprit du service qui s'occupe en Algérie de l'hygiène et de la santé publiques.

Né avec le débarquement de nos troupes sur la terre algérienne, cet organisme, outil indispensable de toute œuvre civilisatrice, s'est constitué et enrichi avec les années, comme nous allons le montrer, en rappelant les différentes étapes par lesquelles il est passé.

CHAPITRE PREMIER

Première Partie

L'ORGANISATION AVANT 1830

« Avant la conquête, la situation sanitaire était déplorable, le toubib était un empirique ignorant, dont la science se composait d'un mélange hétérogène de conseils transmis par la tradition, par les voyageurs qui viennent des contrées plus ou moins éloignées ou par la lecture de formulaires magiques ». (1)

Ce jugement résume tous ceux qui ont été émis sur la question.

Bertherand signale qu'au moment de l'occupation, le chirurgien en chef de l'armée turque cumulait ses fonctions avec celles du bourreau. On conçoit mal pareille association, et la deuxième laisse à penser comment la première devait être remplie.

De même l'assistance hospitalière était à peu près inexistante.

« A la porte Bab-el-Oued, écrit Rozet (2) au moment de la prise d'Alger, avait été installée une sorte d'ambulance.

---

(1) Bertherand cité par Picard. — Hygiène et pathologie N.A., tome II.

(2) Rozet, voyage dans la régence d'Alger.

Une centaine de blessés étaient soignés. Ces malheureux étaient pansés au moyen de cataplasmes d'herbes, mélangés de poivre et de sel, et macérés dans l'alcool. Les gangrènes étaient fréquentes. Les amputations étaient faites à coups de hache et les plaies qui en résultaient étaient plongées dans du goudron bouillant.

Les vieillards, infirmes, aliénés étaient recueillis dans des asiles annexés aux mosquées. Ces asiles étaient des taudis. La description précise de ces établissements ne nous est pas restée, mais nous pouvons nous en faire une idée par les relations que nous possédons d'établissements semblables dans d'autres pays musulmans. Le docteur Brandin qui décrit en 1850 « l'hôpital de Tunis » l'appelle un « tombeau anticipé ».

Deuxième Partie

APRES 1830

La première organisation médicale fut une organisation de protection de nos troupes contre le péril vénérien.

Alger pullulait en 1830 de femmes publiques qui exerçaient leur métier sans aucune restriction.

Un dispensaire-hôpital pour les soins aux femmes surveillées ou insoumises fut installé, rue Gagliata. Il était d'une contenance de 60 lits.

Dans le même temps un hôpital, fait de baraques en planches, et d'une contenance de 1.600 lits, fut construit dans les jardins du palais du Dey. Il devait faire place en 1858 à l'actuel hôpital du Dey.

Dans un terrain attenant l'hôpital de la Salpêtrière, remplacé par la suite par une caserne du même nom, fut élevé pour recevoir 1.400 malades.

Deux hôpitaux furent également créés dans la rue Bab-Azoun; l'un l'hôpital Caratine, devait en 1832 devenir l'hôpital civil.

L'épidémie de choléra de 1834 amena la création d'un conseil de salubrité et de 12 ambulances dans chacun des quartiers dans lesquels Alger avait été divisé.

Dans le même temps le paludisme, la dysenterie, alliés à de nombreuses affections gastro-intestinales, notamment la fièvre typhoïde, sévissaient sur la colonie.

Les statistiques de l'époque montrent la grandeur du mal.

Dans l'année 1847, dans toute l'Algérie, on compte : 3.400 naissances et 3.840 décès. Mortalité dans la population civile: 60 %. De 1833 à 1847, il y a 21.239 naissances et 28.672 décès. Les indigènes étaient également fortement atteints.

Il importait donc d'agir.

Par un arrêté du 12 septembre 1832, l'intendant civil qui, depuis l'année précédente, partageait l'autorité du Gouverneur Général, avait réglementé la profession de pharmacien. En 1835, le Gouverneur Général avait imposé aux pharmaciens et officiers de santé, l'obligation du diplôme pour exercer.

La fameuse ambulance du Dr Pouzin, installée à Boufarik, par les résultats nettement favorables qu'elle obtint, déclancha dès 1835 des créations semblables de la part de l'Administration. Dès ce moment, la conquête militaire se doublait d'une conquête pacifique, plus pénétrante, l'assistance médicale.

Un arrêté spécial institua auprès de chaque hospice une commission de 14 membres. L'hospice d'Alger fut exceptionnellement dirigé par une commission de 5 membres présidée par le maire d'Alger.

La première consultation externe date de 1838, ouverte à l'hôpital Caratine; elle fut réservée aux indigènes.

A la même époque, l'hospice musulman de la rue Zama fut réservé aux maures vieux et infirmes.

En 1844, il y avait en Algérie 32 hôpitaux militaires d'une contenance totale de 13.700 lits se décomposant comme suit :

Alger : hôpital du Dey: 2.130 lits.

— hôpital de la Salpêtrière: 800 lits.

— hôpital de Mustapha: 900 lits.

Oran : hôpital d'Oran: 1.500 lits.

Constantine: hôpital de Constantine: 960 lits.

En outre, la commission administrative des hospices d'Alger fut chargée, en 1848, du sort des enfants trouvés et orphelins.

Le décret présidentil du 13 juillet 1849 régla la question de l'assistance hospitalière en déclarant établissements publics les hôpitaux algériens et réglementa l'assistance communale en créant dans chaque commune un bureau de bienfaisance.

Le même décret imposait aux médecins étrangers, pour exercer, l'obligation d'une autorisation préalable du Ministre de la guerre.

La création des bureaux de bienfaisance, auxquels devaient être attachés des dispensaires, ouvrait la voie à l'assistance communale, l'assistance à domicile, celle qui permet de décongestionner lse hôpitaux et qui est le mieux adaptée à l'Algérie comme on le verra plus tard.

Les médecins libres complétaient cet appareil médical.

En 1835, on comptait pour le département d'Alger:

45 docteurs en médecine, français ou étrangers, dont 24 pour Alger.

Dans le département de Constantine:

7 docteurs en médecine français.

6 officiers de santé dont 1 étranger.

Dans le département d'Oran:

15 docteurs en médecine français.

3 docteurs en médecine étrangers.

3 officiers de santé français.

2 officiers de santé étrangers.

Mais ces médecins étaient surtout fixés dans les villes.

Pour la campagne, il fut créé, le 12 avril 1848, un corps spécial de médecins dont le but était de visiter et de soigner gratuitement les colons. Ce corps fut réorganisé le 21 juin 1853. A cette date, l'Algérie fut divisée en circonscriptions médicales à la tête de chacune desquelles fut placé un médecin. Il y eut au début 14 circonscriptions pour la province d'Alger, 9 pour celle d'Oran, 10 pour celle de Constantine. Le médecin de colonisation devait visiter régulièrement les douars de sa circonscription, pratiquer les vaccinations, en un mot « sauvegarder la santé publique ».

Mais les différentes affections à combattre, alliées aux épidémies de choléra, de typhus exanthématique et de peste, en consacrant le dévouement des membres du corps médical, montraient les imperfections de l'appareil qui leur était opposé.

Les hôpitaux, administrés suivant le système des hôpitaux de la métropole et n'ayant pour vivre que les maigres ressources qu'avait à leur consacrer le Gouvernement, furent vite débordés.

Le nombre des médecins, avec la situation inférieure qui leur était faite, était insuffisant.

Enfin et surtout, l'expérience montrait les particularités de la pathologie algérienne et la nécessité de l'étudier en détail pour la combattre plus efficacement.

Ce dernier problème: centre d'études et d'enseignement de la pathologie algérienne fut résolu par deux créations: création en 1857 de l'Ecole de médecine d'Alger, devenue Faculté le 30 novembre 1909; création en 1894 de l'Institut Pasteur, destiné plus spécialement à l'étude des maladies endémo-épidémiques.

Le sort des hôpitaux avait été réglé en apparence en 1860 selon les conclusions d'un rapport présenté par le comte de Chasseloup-Laubat à Napoléon III. La vie des hôpitaux devait être assurée par les revenus d'une dotation immobilière. Malheureusement, les biens afférant à cette dotation n'ont jamais été déterminés. Cette question est d'importance dans un pays comme le nôtre où le nombre des indigents est élevé, et où même encore à l'heure actuelle les formations hospitalières ne doivent guère compter sur des legs, comme cela se voit couramment dans la métropole.

La protection de l'Algérie par mer avait été réalisée dès la fin de l'année 1830, par la création à Alger d'un bureau de santé et d'un lazaret, en 1831.

Le Service Sanitaire Maritime fut remanié le 23 mars 1856. Il fut créé alors trois circonscriptions sanitaires: Alger, Oran, Bône.

A la tête de ces circonscriptions furent placés trois directeurs de santé, assistés de 24 gardes de santé, d'un concierge pour le lazaret et de trois secrétaires.

Contrairement à la logique et à l'usage en France, les directeurs de santé n'étaient pas médecins!

Cette situation paradoxale fut modifiée en 1838 pour Alger, en 1882 pour Oran et Bône, des médecins remplacèrent les directeurs de santé.

Les années 1866 et 1867 furent marqués par de graves épidémies de typhus et de choléra. Simultanément, d'importants tremblements de terre, une invasion de sauterelles, la famine, accrurent l'horreur du tableau.

Ces malheurs devaient cependant faire avancer la cause de la santé publique.

L'initiative privée, dans la personne du Cardinal Lavigerie, mit à profit cette expérience malheureuse pour créer des hôpitaux destinés aux indigènes.

Cette création marque le début de l'assistance médicale spéciale aux indigènes.

A partir de 1874, furent successivement ouverts les hôpitaux: Sainte-Elisabeth, dans la plaine du Chéliff; Sainte-Eugénie, à Michelet; Saint-Augustin, à Arris, et l'hôpital Lavigerie, à Biskra.

En 1890, le nombre des lits dut être porté à 120 à l'hôpital Sainte-Elisabeth.

Par l'histoire de cette période on peut tracer de l'organisation de la santé publique le schema suivant :

Nous distinguons deux organisations d'étude de la pathologie, de la prophylaxie et d'enseignement: l'Ecole de Médecine, l'Institut Pasteur.

L'assistance hospitalière est réalisée par l'appareil hospitalier militaire et par les hôpitaux civils : de Mustapha reconstruit en 1874; Bougie, en 1870; Constantine, en 1875; Philippeville, 1877; Bône, 1878; Douéra, 1880; Mila, 1878; Ménerville, 1875.

Les hôpitaux de Sainte-Elisabeth, Sainte-Eugénie, Saint-Augustin, avec le Service des médecins de colonisation, réalisent l'assistance médicale spéciale aux indigènes. Les bureaux de santé maritime constituent l'appareil de défense de l'Algérie contre les épidémies venues du côté de la mer.

Au début, la responsabilité de l'hygiène et de la santé publique incomba à l'intendant civil qui avait: « la surveillance et bureaux de charité ainsi que tous les établissements créés ou à créer dans le but de bienfaisance publique ».

Par la suite, la direction de la santé publique fut placée dans les attributions du directeur de l'intérieur et de la colonisation.

Le décret présidentiel du 23 avril 1852 avait institué des Conseils d'Hygiène publique aux chefs-lieux, préfectures, sous-préfectures, subdivisions et des commissions dans les autres centres.

L'action de ses organismes fut coordonnée par la création, en 1884, d'un Comité Consultatif de l'Assistance Publique. Son rôle fut ainsi fixé:

1° Créer des hôpitaux coloniaux et des ambulances dans les territoires peuplés d'européens;

2° S'occuper des circonscriptions médicales de colonisations;

3° Centraliser les documents et renseignements fournis par les médecins de colonisation;

4° Surveiller les médecins de colonisation, régler leur avancement, leur infliger des sanctions en cas de défaillances;

5° S'occuper du personnel de l'Assistance, des récompenses à leur attribuer;

6° En un mot, examiner le fonctionnement de l'assistance publique, en constater les difficultés et proposer à l'autorité supérieure les modifications à y apporter ou les innovations à faire.

Tous les organismes que nous venons de citer eurent surtout un rôle théorique. Ils se signalaient surtout par le manque de compétence.

Aussi Genty de Bussy demandait des médecins qui auraient fait de l'hygiène publique l'étude de toute leur vie et qui pourraient rendre des services.

Dans cette période, parmi les différents règlements pris pour assurer la prophylaxie des maladies épidémiques on note une réglementation pour l'assèchement des marais: « pour lutter contre les fièvres miasmatiques ».

Il y a lieu de souligner combien le traitement du paludisme, développé par Maillot, aida à la prophylaxie du paludisme, en s'attaquant au réservoir du virus.

CHAPITRE II

Service central de l'hygiène et de la santé publique

PREMIÈRE PARTIE

ORGANISATION GENERALE

Le 12 juin 1909, un arrêté gubernatorial confiait au médecin-chef du Service-Sanitaire Maritime d'Algérie la tâche d'organiser et de centraliser les Services d'hygiène et de la Santé publique.

Cette réforme importante résultait d'un travail effectué par une Commission réunie en 1907 pour étudier les modalités d'application à l'Algérie de la loi de 1902. L'hygiène et la Santé publique relevaient encore de la direction de l'Intérieur. L'amélioration apportée par l'arrêté n'était donc pas complète, elle fut malgré tout suffisante pour permettre au titulaire de l'emploi d'obtenir des résultats remarquables, en dépit des ressources modestes qui furent mises à sa disposition.

Par la suite, cette situation fut modifiée. Le 9 juillet 1927, notamment, le Gouverneur Général Violette érigeait en sous-direction le Service d'Assistance et d'Hygiène, et le détachait de la direction

de l'Intérieur. Les services d'hygiène étaient encore subordonnés à ceux de l'assistance.

Quelques années plus tard, le Gouverneur Général Bordes consacrait l'importance de plus en plus grande prise par les services d'hygiène, en les disjoignant de l'assistance et en créant le Service Central de l'Hygiène et de la Médecine préventive.

L'œuvre, élaborée par le Dr L. Reynaud, depuis 1909, avec une patience jamais démentie, recevait dès ce moment une consécration officielle.

Jusqu'au décret de 1932, ce service était dirigé par l'Inspecteur général de l'Hygiène et de la médecine préventive, assisté d'un médecin de colonisation faisant fonction d'adjoint et du chef de service antipaludique. Avec ces techniciens collaboraient des rédacteurs chargés de la partie administrative du service. En outre, « des médecins assistants d'hygiène », non fonctionnarisés, du cadre des médecins libres, étaient chargés de missions concernant l'hygiène et l'épidémiologie.

Un Conseil Supérieur d'Hygiène, composé des chefs de service d'hygiène des trois départements, de fonctionnaires, du Professeur d'Hygiène de la Faculté, de membres de Délégations Financières et de notables, assistait de ses conseils l'Inspecteur d'Hygiène et de la Santé Publiques.

L'organisation centrale se complétait de la façon suivante: à l'échelon départemental: un Inspecteur départemental d'hygiène qui a été pour les départements d'Alger et d'Oran le directeur de la Santé Maritime, assisté d'un Conseil départemental d'Hygiène; dans chaque arrondissement: une Commission sanitaire; dans chaque grande villle, une Commission d'hygiène et, pour certaines, un Bureau Municipal d'Hygiène.

Il faut rattacher à l'organisation centrale les services sanitaires maritimes.

Cet organisme dont nous venons de tracer le schéma, avait pour mission de régler toutes les questions touchant à l'hygiène, la santé publique l'hygiène sociale, la lutte contre les épidémies. En un mot tout ce qui concerne la protection de la Santé Publique relevait des attributions de ce service.

« Le Bulletin Sanitaire », cité par le professeur Léon Bernard, à l'Académie de Médeceine, comme un modèle du genre, avait été créé en 1906 pour établir la liaison avec le Corps médical militaire et civil d'Algérie, les Services similaires de la Tunisie, du Maroc, de l'A.O.F., de Madagascar, d'Indochine et d'Egypte. Il était également destiné à relater la situation sanitaire de l'Algérie, du continent africain, intéressante au point de vue épidémiologique. Tous les renseignements relatifs à la santé publique, lois, mesures diverses, etc..., devaient en outre y figurer.

Telle était l'organisation pour l'Algérie du Nord, L'Algérie du Sud, en langage administratif, les Territoires du Sud, a encore, à l'heure actuelle, une organisation militaire qui n'a subi aucune modification. La direction en incombe à un médecin militaire qui porte le titre de « directeur du Service de Santé des Territoires du Sud ».

Pour examiner le fonctionnement du Service Central de l'Hygiène et de la Médecine préventive, il nous faut distinguer les deux compartiments suivants :

1° Le service sanitaire maritime chargé de protéger l'Algérie contre les maladies exotiques ou contagieuses qui peuvent être introduites par voie de mer.

2° Les services de protection du territoire: inspection départementale, service antipaludique, bureaux municipaux d'hygiène, etc..., chargés de combattre les maladies locales et de promouvoir l'hygiène.

Deuxième Partie

SERVICE SANITAIRE MARITIME

Réglementé notamment par un arrêté du 4 janvier 1882, qui créait trois circonscriptions sanitaires: Alger, Oran, Bône, dirigée chacune par un médecin, ce service fut remanié en 1894, par la création de la circonscription de Philippeville.

Il faut arriver au 19 février 1906 pour voir donner à ces circonscriptions l'unité de direction indispensable à la bonne marche du service, par la nomination du directeur de la Santé maritime d'Alger aux fonctions du chef de service sanitaire maritime de l'Algérie.

Après avoir relevé en 1910 de la Direction de l'Intérieur et des Affaires indigènes, ce service fut définitivement placé le 3 février 1921 sous la direction de l'Inspecteur général des services de l'hygiène et de la santé publique.

La division administrative de ce service n'a pas été modifiée, elle comprend trois circonscriptions: Alger, Oran, Bône, dirigée chacune par un directeur, docteur en médecine.

A Philippeville, Bougie, Mostaganem, un médecin de la santé est chargé d'assurer la direction des mesures sanitaires.

Le rôle de cette organisation consiste à protéger l'Algérie contre les atteintes épidémiques venues du côté de la mer.

A ce titre, il doit contrôler les navires à leur arrivée, dépister les maladies transmissibles qui peuvent exister à bord et en empêcher la propagation.

Un matériel mobile lui permet de désinfecter les navires et les marchandises.

Des stations sanitaires où peuvent se réaliser l'isolement et la surveillance des navires et passagers ont été aménagés à Alger et Oran.

En vertu des fonctions qu'il doit remplir, ce service assure la dératisation permanente à bord des navires et en ville.

De 1892 à 1921, 1.894 navires suspects ont été surveillés à Alger.

La lutte contre les rats s'est traduite de 1908 à 1930 par la capture de 1.000.000 de rats. En 1928 seulement: 67.523 rats ont été capturés à Alger, Oran, Bône, Philippeville. 6.642 d'entre eux furent examinés, aucun n'était pesteux.

Par contre en 1930, accompagnant les cas de peste qui éclatèrent à Alger, Oran, Bône, Philippeville, une douzaine de rats pesteux furent capturés.

Indépendamment de la lutte contre la peste, le choléra, la fièvre jaune, le service de la santé maritime fut chargé de la « protection du territoire contre la variole ». Prescrite par un arrêté gubernatorial de 1908, la vaccination a été appliquée à tous les émigrants, qui, avant cette mesure, étaient frappés par l'épidémie dans la proportion de 95 % et faisaient régner l'affection d'une façon endémique dans les ports.

De juillet 1907 à janvier 1922, il a été pratiqué pour l'ensemble des ports 561.474 vaccinations.

Troisième Partie

SERVICE DE PROTECTION DU TERRITOIRE

Il faut distinguer dans ces services deux organisations différentes: celle qui s'adresse à toute la population de l'Algérie du Nord, celle qui a trait plus spécialement à l'assistance indigène. Nous traiterons d'abord la première.

La loi sur la santé publique de 1902 a été appliquée à l'Algérie avec quelques modifications par un décret du 5 août 1908.

Cette législation a été complétée par un décret du Gouverneur général Steeg, inspiré par le Dr Raynaud, et ratifié par le pouvoir central le 17 mars 1922.

Ce texte donne en matière d'hygiène et de prophylaxie des pouvoirs très étendus au Gouverneur général. Il lui permet notamment de déclarer contaminés: un quartier, une ville, une région, et de prendre toutes les mesures prophylactiques nécessaires pour combattre l'épidémie et de défendre ainsi le reste du territoire. Dans les cas graves, ce texte permet l'application de mesures que la persuasion n'aurait pu imposer.

L'assistance communale et hospitalière est régie en Algérie d'une façon toute spéciale par les décrets du 23 décembre 1874 et 16 décembre 1902.

Contrairement à ce qui se passe dans la métropole, l'Assistance n'est pas un droit pour l'indigent algérien.

La question du domicile de secours a été réglée par le deuxième décret. La commune dans laquelle l'assisté a résidé au moins une année, est le domicile de secours.

L'enfant et la femme mariée ont le domicile du chef de famille.

Les indigents dont le domicile de secours communal ne peut être établi, sont assistés par la colonie.

A l'échelon du Gouvernement général, un service fut créé pour contrôler les opérations de recherche du domicile de secours. Ce service n'a pas été modifié, il est chargé d'établir la responsabilité des frais d'hospitalisation.

L'ensemble des services d'assistance était placé sous l'autorité d'un organisme central, dépendant du Gouvernement général, dont le chef avait rang de sous-directeur.

Il était assisté dans chaque département d'un Inspecteur des enfants assistés.

Cet organisme, on l'a vu, engloba longtemps les services d'hygiène et de médecine préventive.

En prenant par le détail l'organisation de l'assistance, on s'aperçoit que le pivot en est la commune. Mais, contrairement à ce qui se passe dans la métropole, la commune ne subit aucunement l'autorité du Préfet en cette matière.

Si quelques communes seulement: Alger, Oran, Constantine en 1911; Bône en 1928, créèrent, en conséquence des dispositions légales de 1902, un bureau de bienfaisance, presque toutes fondèrent un bureau de bienfaisance chargé de répartir les secours à domicile. Pour Alger, le budget du bureau de bienfaisance s'éleva en 1929 à 1.226.368 francs dont 1.087.301 francs pour la section européenne et 139.067 francs pour la section israélite.

L'assistance communale est importante en ce sens qu'en organisant des dispensaires, en réalisant l'assistance à domicile, elle permet d'éviter des hospitalisations coûteuses pour le budget communal et la colonie. De plus, ce mode d'assistance est le plus apprécié des indigènes, il convient d'ajouter qu'il est préféré même par les éléments européens de la population qui regarde le plus souvent l'hospitalisation comme un pis-aller.

Pour aider au développement de cette assistance les Assemblées algériennes votèrent successivement un crédit de 30.000 francs, puis un autre de 81.000 francs à répartir entre les communes. L'insuffisance des sommes allouées explique suffisamment le résultat médiocre qui fut obtenu.

Chaque commune a réalisé en toute indépendance son mode d'assistance.

Alors qu'en France, le système dit « Vosgien » est appliqué à peu près partout, l'Algérie a donné sa préférence au système bônois, avec quelques modifications: l'indigent est tenu de s'adresser au médecin communal.

Quatrième Partie

LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES

Comme nous l'avons vu précédemment et comme nous le montrerons les statistiques, les épidémies ont présenté de tous temps un des principaux, sinon le principal facteur de morbidité et de mortalité. Le décret Steeg que nous avons cité, a été imposé par une épidémie de typhus, et les

pouvoirs étendus qu'elle confère, prise sous la pression du danger, montre suffisamment l'étendue du fléau qu'il y avait à combattre.

C'est pour aider à cette lutte que furent créées les équipes sanitaires mobiles. Au nombre de trois, une par département, ces équipes, dirigées par un médecin-chef d'équipe, se composaient d'un auxiliaire médical indigène, d'une infirmière-visiteuse, d'un chauffeur et d'un aide. Les dépenses de chaque équipe figuraient au budget départemental; à ce titre, elles étaient soumises au vote du Conseil général. La situation était spéciale pour le département d'Alger, où le Conseil général avait cru devoir supprimer ces crédits. Devant la nécessité de maintenir un service, dont l'utilité s'est affirmée en maintes circonstances, le Docteur L. Raynaud l'avait rattaché à l'Inspection générale de l'hygiène.

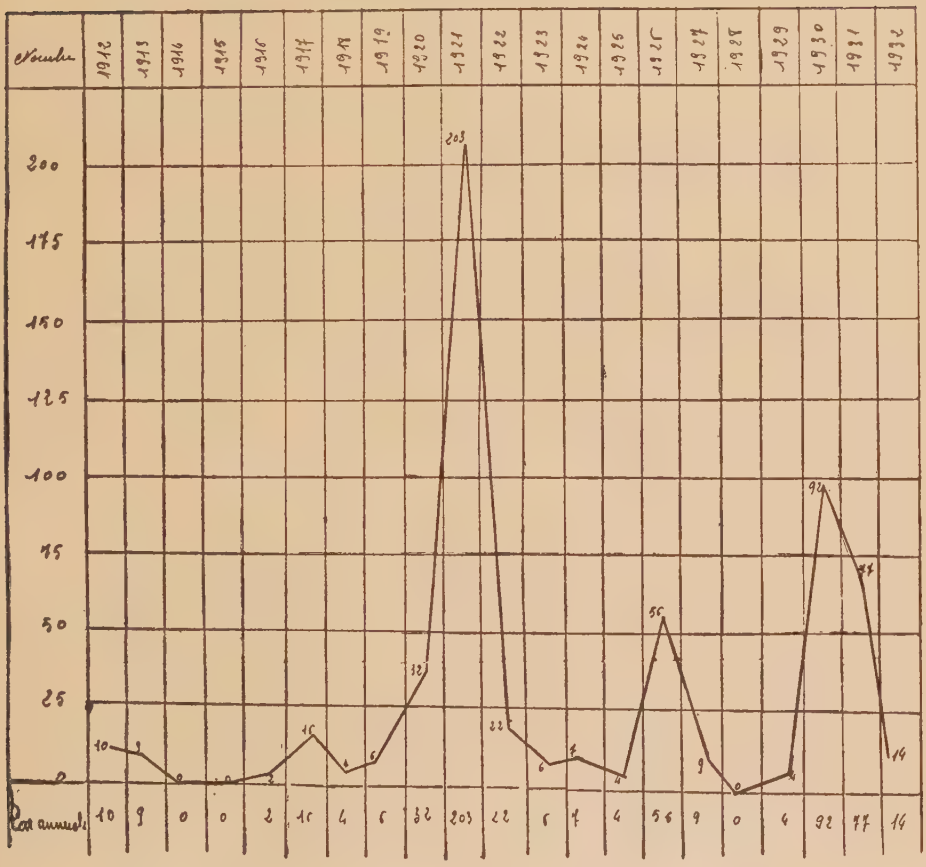
Le rôle de ces équipes est d'assurer sur place les mesures de défense contre les maladies épidémiques qui dépassent les moyens des organes locaux de prophylaxie et désinfection.

Pour rappeler une expression militaire, les équipes constituent les réserves de l'organisation chargée d'appuyer les organes de première ligne: les postes d'épouillage et de désinfection, organisés pour doucher les personnes suspectes et désinfecter leurs vêtements. On comptait en 1931, 37 postes d'épouillage. Dans les cas de graves dangers, les équipes sanitaires mobiles se sont, à maintes reprises portées ensemble sur le point menacé. Les tableaux suivants montreront l'effort qu'il a fallu fournir.

Peste.

On en a relevé 400 cas de 1899 à 1925, avec 194 décès, soit 48 % des cas.

Graphique des cas de Peste constatés de 1912 à 1932



Dans ces 25 années, on note 349 cas de peste bubonique avec 28 décès, soit 95 %.

19 cas de peste septicémiques avec 17 décès, soit 95 %.

2 cas de peste typhique avec 2 décès, soit 100 %. En 1930, l'épidémie a éclaté à la suite d'une épizootie murine.

Le mois de janvier 1931 s'est signalé par une épidémie meurtrière dans le Sud Constantinois, avec une mortalité de 100 %.

La lutte fut menée par le Dr Gavard, adjoint à l'Inspecteur général d'hygiène. Les trois équipes sanitaires mobiles l'assistèrent. La sérumnisation, l'épouillage, la désinfection des douars jugulèrent l'épidémie en 20 jours. Depuis cette époque, des postes sanitaires ont été installés le long de la frontière algéro-tunisienne.

Choléra.

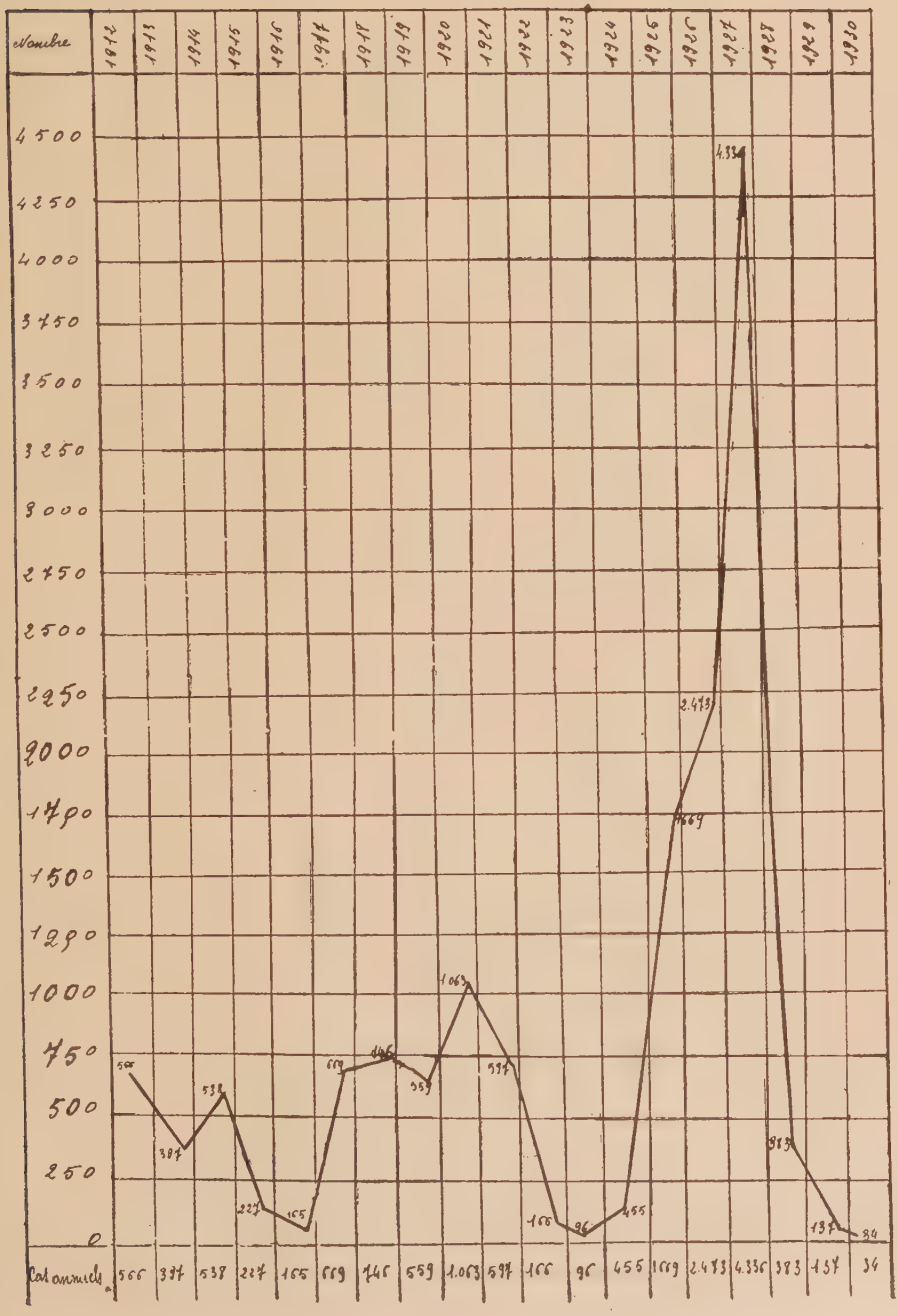
Après les violentes épidémies de 1832 et 1848, à part quelques cas en 1884, il faut arriver en 1893 pour noter une épidémie meurtrière qui, pendant trois mois, s'étendit dans le Sud Algérien et le Sud Constantinois. Cette dernière région fut encore frappée en 1911 par une épidémie venue d'Italie par la Tunisie.

La dernière épidémie date de 1912. Son théâtre fut le département d'Oran. Les mesures prises en eurent rapidement raison.

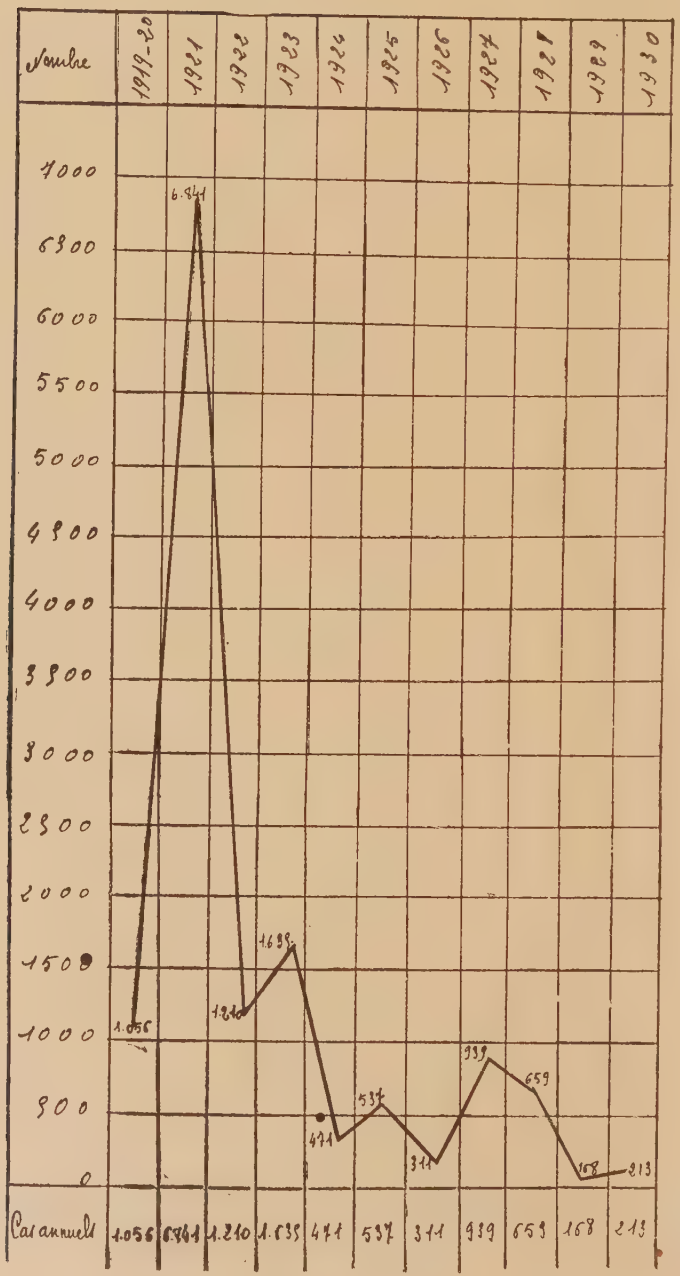
La variole.

Depuis le décret de 1907, rendant la vaccination obligatoire, on n'a plus compté que quelques rares cas. Pendant la guerre, cette mesure a été inopérante par suite du manque de médecins. Aussi le

Graphique des cas de variole constatés de 1912 à 1930



Graphique des cas de typhus constatés de 1919 à 1930



graphique indique en 1918, une augmentation du nombre des cas.

En 1925, une violente épidémie éclata. Les années suivantes furent marquées par un nombre de cas important.

Cette recrudescence s'explique par une mauvaise qualité de vaccin fourni. C'est la seule explication plausible que l'on puisse donner. La chaleur qu'on a accusée à détériorer le vaccin, n'a pas été cette année-là exceptionnellement forte. La technique de la vaccination est également hors de cause, la même technique dans les mains des mêmes praticiens s'était relevée efficace, avec un pourcentage élevé de succès.

VACCINATIONS ANTI-VARIOLIQUES

Années	Alger	Oran	Constantine	Total
1924	118.221	151.693	120.464	390.378
1925	279.886	146.989	245.000	671.875
1926	1.052.846	344.977	604.199	2.002.022
1927	492.937	756.729	428.057	1.677.723
1928	246.341	148,623	279.300	674.264
1929	172.360	201.789	295.241	669.380
1930	234.979	151.039	167.317	543.345
1931	146.927	124.587	156.583	428.097
1932	190.460	146.272	147.141	483.873

Typhus exanthématique.

On note tous les ans des cas sporadiques et des épidémies concordant avec les années de disette.

De 920 à 1925, on en a recensé 12.000 cas avec 2.000 décès. Par la suite, le nombre des cas a diminué comme le montre le graphique.

Fièvre typhoïde.

Cette affection a présenté dans l'Algérie entière de 1921 à 1932, plus de 9.000 cas, soit une moyenne annuelle de plus de 800 cas. Ce pourcentage élevé est dû à la mauvaise qualité de l'eau de boisson et à ce fait que les villes n'ont pu y remédier par suite de ressources insuffisantes.

La javellisation se répand de plus en plus, et permettra de diminuer ou même de supprimer ce facteur de morbidité.

Cinquième Partie

LUTTE CONTRE LES FLEAUX SOCIAUX

Cette partie du programme n'a pas été négligée. La lutte contre les maladies vénériennes, syphilis, surtout, fut entreprise d'une manière méthodique dès 1900 par la création à l'hôpital de Mustapha d'une consultation de vénériens. Par la suite, cette œuvre fut continuée par la clinique dermato-syphiligraphique et les services spécialisés des hôpitaux d'Oran et de Constantine.

Par ailleurs, pour la seule ville d'Alger, indépendamment de la clinique réservée aux filles publiques et datant du début de l'occupation, une infirmerie ouverte aux hommes et la clinique Gémay, ouverte aux deux sexes, participèrent à la lutte.

Par la suite, l'aide consentie par le Ministère du Travail et de l'Hygiène, sous l'impulsion des Docteurs Faivre et Cavaillon, auxquels la France

doit son armement antivénérien, a permis une organisation plus vaste. De plus, les Délégations financières ne voulant pas que l'effort financier de cette lutte fût supporté par le seul budget métropolitain, ont accordé à cette fin un crédit de 800.000 francs en 1930.

En 1928, il fonctionnait seulement sept services antivénériens dans toute l'Algérie. En 1931, le nombre des services était de 156. En outre, dans les trois chefs-lieux: Alger, Oran, Constantine, avaient été créés des laboratoires départementaux pour les examens bactériologiques et sciologiques relatifs à la syphilis.

En 1928, une somme de 208.942 francs a été consacrée à l'achat de produits spirillicides.

En 1929, cette somme est passée à 1.213.195 frs.

Tuberculose.

Considérée comme à peu près inexistante avant 1830, à telle enseigne qu'on s'était cru obligé d'expliquer cette rareté par un soi-disant antagonisme entre cette affection et le paludisme, alors très répandu, la tuberculose a augmenté d'importance assez rapidement.

Les statistiques publiées par les bureaux municipaux montrent l'étendue du fléau.

Pour Alger, on trouve entre les années 1913 et 1925 le pourcentage suivant de mortalité par tuberculose, calculé sur 10.000 habitants.

	Européens	Indigènes	Total
	—	—	—
1913	27,78	69,03	35,14
1915	22,06	95,75	36,08
1919	19,93	74	30,75
1921	22,43	87,26	36,31
1922	21,41	97,73	40,38
1923	25	104,4	44,77
1925	17,64	97,2	38,9
1929	10	60,5	

On voit donc par cette statistique que les éléments indigènes de la population sont beaucoup plus durement atteints que les éléments européens.

La guerre, en amenant en France soit comme soldats, soit comme travailleurs un grand nombre d'indigènes, éléments neufs non résistants à la tuberculose, explique en partie ce pourcentage élevé.

Les autres facteurs qui ont eu une influence dans la genèse de l'infection sont l'hygiène défectueuse de l'habitat, la sous-alimentation, l'alcoolisme.

L'Algérie n'a pas échappé également à la loi moderne qui dépeuple les campagnes au profit des villes. A Alger, on relève en 1906 une population indigène de 33.949 individus; en 1926, cette population est passée à 55.271 individus. Or, le Docteur Lemaire a noté que la mortalité chez les indigènes d'Alger a constamment dépassé (sauf en 1920-21) leur natalité. On ne peut donc expliquer cette augmentation de population que par des apports de l'intérieur.

Mais que ce soit population indigène ou population européenne, le même facteur: la mauvaise hygiène de l'habitation est en cause.

La vaccination par le B.C.G. a été opposée victorieusement au fléau. Grâce aux crédits qui lui furent alloués, l'Institut Pasteur put développer la préparation de ce vaccin.

Du 8 novembre 1924 au 31 décembre 1929, il a été pratiqué 6.151 vaccinations ou revaccinations.

En 1928, 1.045 enfants ont été vaccinés et suivis durant une année. La mortalité par tuberculose a fourni chez eux un pourcentage de 1,75 % et la mortalité générale pour toute autre cause: 15,2 %.

Les dispensaires d'hygiène sociale d'Alger, d'Oran et de Constantine, ont participé à la lutte. La filiale de l'œuvre Grancher, qui n'existe qu'à Alger malheureusement, a également joué un rôle méritoire.

L'étude des statistiques pour la population indigène a permis de constater, comme l'expose notamment le Docteur Albou, dans sa thèse, que les éléments berbères de la population fournissent le plus grand contingent de tuberculeux. Il en résulte que la Kabylie (petite et grande) et le Sud constantinois arrivent en tête dans cette course à la mort.

L'initiative privée a participé également à la lutte par les sociétés « d'enfants à la montagne », œuvre de préservation contre la tuberculose.

En 1931, les Délégations Financières ont noté une somme de 700.000 francs pour l'étude de trois sanatoria et deux préventoria à installer en Algérie.

Ce programme a reçu un commencement d'exécution par l'installation d'un préventorium dans l'ancien lazaret de Matifou. Aménagé pour recevoir 300 enfants, il en a tout d'abord reçu 80.

Enfin, la vente du timbre antituberculeux a rapporté, notamment en 1929, dans toute l'Algérie, une somme de 500.000 francs. Distribuée en partie aux œuvres de bienfaisance, cette somme a permis d'intensifier la lutte contre la tuberculose, elle a également permis de subvenir aux frais d'entretien des malades nécessiteux envoyés par l'Algérie dans des sanatoria métropolitains.

Nous avons déjà exposé les causes du développement de la tuberculose dans la population indigène. Le problème présentait donc ici deux aspects. La première solution aurait consisté à régler les facteurs locaux : lutte contre le taudis, sous-alimentation, lutte contre l'alcoolisme, les maladies vénériennes.

Les deux premières questions sont avant tout d'ordre administratif. La dernière a été traitée dans la rubrique « lutte contre les fléaux sociaux. »

L'autre aspect du problème, c'était la réglementation, la protection sanitaire de l'émigration indigène, dans la métropole.

Marquée par un chiffre de 7.444 départs en 1914, cette émigration s'est traduite par la suite par des nombres plus imposants tels que 58.586 en 1923 et 71.028 en 1924, pour citer les plus grands.

Un décret ministériel du 4 avril 1928 imposa à tout indigène s'embarquant pour la métropole, la présentation d'un certificat constatant chez l'intéressé l'absence de toute maladie contagieuse, ou de toute déficience physique, prédisposant à la contamination tuberculeuse.

Sur la proposition du Dr Massonnet, les débiles, les cardiaques, les hernieux, les vieillards, furent refoulés.

Le même décret imposait aux partants une visite de contrôle aux ports d'embarquement.

En 1929: 32.738 indigènes se présentèrent à la contre-visite à Alger. 1070 furent refusés dont 145 pour débilité, 2 pour maux de Pott, 17 pour sommets suspects, 32 pour tuberculose pulmonaire.

A la même époque, l'administration métropolitaine n'avait pris aucune mesure pour parer au danger.

Michelin, à Clermont-Ferrand, a construit des quartiers salubres pour ses ouvriers indigènes.

Le Service des Affaires indigènes créé à la Préfecture de Police de Paris, s'est occupé des indigènes, surtout au point de vue moral. Par la suite, ce Service a organisé un Office de Placement et des consultations médicales gratuites.

Comme on le voit, ces mesures sont peu importantes en considération du but à atteindre.

Aussi, en 1931, un rapport présenté par le Service Central de l'Hygiène et de la Médecine Préventive au Ministère du Travail et de l'Hygiène, et au Gouvernement Général, demandait l'application des mesures suivantes:

1° Vaccination des adultes en instance de départ pour la France, par voie sous-cutanée, à l'aide du B.C.G. la cuti-réaction étant auparavant réalisée soit au village, soit dans des « fondouks sanitaires », qu'on aurait grand intérêt à organiser dans les ports importants d'Algérie (Alger, Bône, Oran, Philippeville).

2° L'organisation d'un refuge à Marseille, comprenant un centre de triage, en accord avec les Offices départementaux de la main-d'œuvre, qui dirigerait les travailleurs indigènes débiles vers

les campagnes et les individus de constitution robuste vers les centres industriels ou miniers;

3° La création de quartiers indigènes propres, clairs, aérés, non surpeuplés, de restaurants indigènes, de consultations médicales gratuites, enfin de surintendants indigènes, le tout étant établi sous la direction des employeurs à leurs frais;

4° Lutte anti-alcoolique par les affiches, les conférences, la création de cafés maures et, au besoin, par l'interdiction légale de vente d'alcool aux indigènes;

5° Réalisation de l'hôpital franco-musulman de Paris, avec salles réservées aux tuberculeux;

6° Au retour des travailleurs, instauration d'une visite médicale avec hospitalisation des contagieux soit en France soit dans des hôpitaux-sanatoria en Algérie.

Pour l'Algérie.

1° Reconstitution des quartiers indigènes des grandes villes, dans les banlieues et sur des plans conçus suivant les règles de l'hygiène : aération, ensoleillement, eau courante, égoûts, rues larges, pas de surpeuplement.

Les cités indigènes de Sétif, d'El-Affroun, Mouzaïaville, Bordj-Ménaïel, dues à l'initiative privée, répondent à cette proposition.

Pour Alger, le docteur Lemaire a proposé la création d'une cité indigène dans la vallée du Frais-Vallon ou sur le plateau de La Redoute;

2° Organisation de sanatoria, de salles pour tuberculeux dans les infirmeries indigènes et de dortoirs dans les agglomérations, permettant aux contagieux de passer la nuit loin de leur famille;

3° Vaccination par ingestion de B.C.G. des nourrissons indigènes, dans la mesure du possible. Plus tard, vaccinations par injections sous-cutanées du B.C.G. des enfants et adultes, ne réagissant pas à la tuberculose;

4° Lutte contre les maladies prédisposant à la tuberculose, paludisme, syphilis.

Dans un rapport à l'Association Algérienne contre la tuberculose, le professeur Ardin-Delteil avait demandé de traiter les indigènes rapatriés, atteints de tuberculose, dans un sanatorium à construire à Saint-Ferdinand ou à Haouch-el-Kadi, sur la route de Bou-Saâda.

Lutte contre les maladies des yeux.

Les conjonctivites aiguëes épidémiques ont toujours été très fréquentes et très graves, surtout en été, particulièrement dans le Sud. En 1840, sur 500 hommes composant la garnison de Biskra, 400 furent atteints de conjonctivite aiguë, 156 d'entre eux durent être hospitalisés.

Ces ophtalmies déterminent souvent la cécité. Suivant le professeur Bruch, on compte 25 aveugles pour 10.000 dans l'Algérie du Nord, et 100 pour 10.000 pour l'Algérie du Sud. En France, la proportion des aveugles est de 8 sur 10.000.

L'organisation de la lutte contre cette affection date de 1901. A cette époque, des services ophtalmologiques furent créés à l'hôpital d'Oran, puis à Alger fut installée la clinique ophtalmologique.

En 1906 fut fondée par le docteur Germaix, « l'œuvre d'assistance oculaire algérienne » et un dispensaire.

L'initiative prise par le Conseil Général d'Oran

de confier à un médecin-spécialiste la tâche d'étudier la propagation du trachôme et de proposer les mesures à prendre, fut suivie par le département d'Alger par la création de missions semblables.

A la suite de ces travaux, il fut créé, en 1928, dans chaque département, une inspection oculaire. La Commission Centrale qui fut instituée pour coordonner l'action de ces organismes, eut pour conseiller technique le professeur de la clinique ophtalmologique de la Faculté d'Alger.

Les enquêtes et les études de la question ont permis de tirer les conclusions suivantes : le trachôme est très fréquent en Algérie.

1° Dans les régions où le climat est particulièrement chaud, les zônes montagneuses sont moins frappées que les plaines;

2° Dans les zônes où les indigènes ont une hygiène corporelle, vestimentaire et domestique déplorable. La civilisation fait reculer le trachôme;

3° Dans les agglomérations où la population est particulièrement dense, et l'hygiène de l'habitation défectueuse.

En 1929, un crédit de 150.000 francs fut voté au au titre de la lutte contre le trachôme.

Différentes mesures administratives ont été adoptées pour aider à cette lutte.

Ce sont entre autres, la non admission des granuleux: à l'école, dans l'administration, dans l'Armée. Si les deux premières mesures ont eu plus ou moins d'effet, on peut dire que l'exemption du service militaire n'en a aucune.

Les mesures médicales ont consisté avant tout à dépister et à traiter les malades. Ce dépistage a été fait dans les collectivités surveillées: crêches, gouttes de lait, écoles.

Les opérations ont été pratiquées dans les services ophtalmologiques bien outillées d'Alger, Oran, Constantine, Bône, dans les cliniques officielles : 11 pour le département d'Oran ; 1 dans celui de Constantine; dans 3 « bit el-Aïnin » (maison des yeux), dans les dispensaires ophtalmologiques municipaux de quelques villes. De nombreux dispensaires privés fondés par la S.S.B.M. et l'U.F.F. ont beaucoup aidé à la lutte.

La Teigne.

D'après une étude faite en 1928 par le Docteur Catanéï, il résulte que cette affection atteint le 1/3 des enfants indigènes. Des essais de traitement à l'acétat de thallium, ayant donné d'excellents résultats, le service central de l'hygiène avait, en 1931, préparé l'envoi de missions dans des localités les plus menacées pour appliquer cette thérapeutique.

Le Cancer.

Contrairement à certaines allégations, ce problème est important en Algérie.

Le professeur Costantini, dans une statistique portant sur 10 années dans son service a relevé sur 56.700 entrées d'européens, des cas de cancer à raison de 1 sur 23 et parmi 17.344 indigènes, un pourcentage de 1 sur 39. Le cancer serait pourtant peu important dans les régions dont les eaux contiennent de la magnésie. Ces faits confirmeraient la thèse de Delbet, et concordent avec les constatations analogues faites par lui en Egypte

Grâce aux crédits fournis par les services de l'Assistance, un centre anti-cancéreux a été mis en chantier à l'Hôpital de Mustapha.

Le Paludisme.

Cause de mortalité et de morbidité très importante dans les débuts de l'occupation, comme nous l'avons vu le paludisme, pour avoir été moins meurtrier par la suite, n'en est pas moins resté un grave péril pour la santé publique. Les conseils de révision ont signalé un pourcentage de 1 indigène sur 60 refusé pour cachexie paludéenne.

Indépendamment des cas annuels plus ou moins nombreux qui permettent d'établir un niveau moyen assez élevé, l'infection a revêtu à certains moments le caractère d'une véritable endémie.

En 1928, le département d'Oran notamment, a été atteint. Une statistique portant sur 12 centres a révélé un nombre de décès dépassant de 2.000 la moyenne des dix années précédentes, années marquées cependant par une épidémie de typhus grave.

En 1903, les professeurs Moreau et Soulié avaient créé « la Ligue du Paludisme » dont le but était de faire connaître à la population le danger présenté par le paludisme et les moyens de s'en préserver.

En 1904, l'Institut Pasteur fut officiellement chargé par le Gouvernement général d'organiser la lutte contre le paludisme.

Pendant 25 ans, cet organisme a poursuivi l'étude épidémiologique du paludisme, base essentielle de la prophylaxie.

Il était nécessaire en effet, pour entreprendre la lutte avec succès, de connaître les facteurs qui président à la distribution géographique du mal, à sa propagation, à ses variations annuelles ou saisonnières. L'influence des conditions atmosphéri-

ques (pluie, sécheresse) et du milieu physique (nature et répartition des eaux de surface) a été mise en évidence. Le tableau suivant donné par Parrot permet d'expliquer aisément les réveils du paludisme: au-dessus de 800 m/m., l'épidémie est très grave; de 650 m/m. à 800 m/m., l'épidémie est moins grave; au-dessous de 650 m/m, l'épidémie est bénigne.

A partir de 1930, le service antipaludique fut rattaché à l'Inspection générale de l'hygiène et de la médecine préventive. Les remarquables recherches de l'Institut Pasteur permettaient alors l'application de mesures prophylactiques basées sur l'expérience et l'extension de la lutte contre le paludisme.

La nécessité de la lutte avait été évoquée à maintes reprises aux Délégations financières. En sa faveur, M. Ch. Lévy, dans un rapport, avait particulièrement fait valoir des considérations d'ordre économique. Il estimait à 100 millions de journées par an le chômage dû au paludisme en Algérie, en comptant modestement à 5 francs la journée de travail, il concluait que la colonie perdait annuellement un minimum de 500 millions de francs.

Pour lutter avec succès, il importait donc de prendre des mesures importantes, d'autant plus qu'on connaît la « notion du seuil d'efficacité au-dessous duquel les mesures restent stériles », développée par la commission du paludisme de la Société des Nations.

Les Délégations financières votèrent en 1931 un crédit de 30 millions au titre dse travaux publics pour accomplir pendant une période de 10 ans de grands travaux d'assainissement. En outre, un

budget de 3 millions fut accordé pour la lutte antipaludique.

Par suite de la réorganisation dont nous avons parlé, le service antipaludique présenta le schéma suivant:

1° Un organisme central chargé de gérer les crédits, de donner les directives générales, de répartir les moyens d'action, d'en contrôler l'efficacité, d'assurer la liaison avec les divers services et groupements qui doivent collaborer à la lutte;

2° Un vaste réseau de circonscriptions antipaludiques, placées sous l'autorité du médecin de la circonscription, assisté de l'autorité locale et de toutes les bonnes volontés;

3° Les « missions antipaludiques » composées d'un médecin malariologiste et de ses aides, pourvues d'un laboratoire, les missions étaient destinées à faire l'étude détaillée des régions au point de vue paludisme et à proposer les mesures à appliquer.

En cas de réveils de l'infection, ces organismes devaient se grouper sur le point menacé pour juguler l'épidémie.

Voici dans quel sens le service central de l'hygiène et de la médecine préventive comptait orienter la lutte contre le paludisme:

1° La quininisation préventive est un excellent moyen qui ne donne pas partout des résultats identiques. Elle doit surtout être appliquée dans les collectivités bien surveillées: écoles, administrations, chantiers de travaux;

2° Le traitement surveillé des malades doit être intensifié;

3° Des mesures antilarvaires, gambusia entre autres, doivent être développées;

4° La collaboration la plus étroite doit régner, notamment, avec le service des travaux publics, dans le ressort duquel sont les grands travaux, comme ceux réalisés pour l'assèchement du lac Halloula;

5° Nécessité de l'élaboration d'une législation antipaludique spéciale à l'Algérie.

Cette législation existe d'ailleurs dans tous les pays où la lutte a été menée rationnellement. Il semble qu'en Algérie elle aurait pu reposer sur le décret du 17 mars 1922, conférent au Gouverneur général tous pouvoirs en matière d'hygiène et de prophylaxie;

6° Education du public européen et indigène.

A cette époque, le docteur Pons-Leychard, chef du Service antipaludique, avait donné des conférences par T.S.F. et réalisé des disques de propagande qui furent distribués dans les cafés maures.

Sixième Partie

L'ASSISTANCE SOCIALE

Toutes les infections, causes de morbidité et de mortalité que nous avons passées en revue, ne sont qu'une partie de l'œuvre qui incombe à un service d'hygiène et de médecine préventive. Elles sont englobées dans le cadre plus général et plus vaste de l'assistance sociale, c'est-à-dire du système des œuvres qui travaillent non seulement à la conservation de la santé publique mais encore à l'amélioration de la race.

La France a procédé à l'organisation de ce service depuis quelques années. L'Algérie a suivi l'exemple de la métropole.

Le problème comporte les données suivantes:

1° Favoriser les naissances;

2° Lutter contre la mortalité infantile;

3° Favoriser le développement physique de l'enfant pour en faire un homme robuste;

4° Préserver l'adulte de l'atteinte des maladies dangereuses pour lui et sa descendance.

La première des quatre données que nous avons exposées ne relève pas à proprement parler d'une organisation d'hygiène, elle est surtout d'ordre administratif.

Pour résoudre la deuxième, l'action des services métropolitains a été renforcée par les lois Engérand-Strauss et celle qui complète cette dernière, la loi du 2 décembre 1917. Sans l'exagérer l'efficacité de ces lois, on doit leur reconnaître une réelle utilité. Ces lois n'ont pas fonctionné en Algérie.

La loi Roussel, appliquée en Algérie par le décret du 8 février 1876, et le décret gubernatorial du 1er mars 1926 ont constitué la seule protection légale de l'assistance sociale. Ce décret de 1926 contient les dispositions principales suivantes:

Toute commune d'Algérie *peut* créer un service de consultation et d'allocations aux nourrissons.

Toute Française a droit à une allocation pendant les 12 mois qui suivent la naissance de son enfant.

Les allocations prévues à l'époque étaient de l'ordre de 30 à 45 francs par trimestre. Le règlement des frais occasionnés par l'organisation de

cette assistance sociale incombe aux communes dans la proportion de un cinquième, les quatre cinquièmes étant à la charge du budget colonial.

Par suite, les Délégations financières remplacèrent les secours en argent, très justement d'ailleurs, par des secours en nature.

Comme on le voit, les dispositions légales n'étaient pas de nature à promouvoir une action de vaste envergure. Les statistiques suivantes indiquent cependant, entre autres luttes à entreprendre, une mortalité infantile européenne importante. Il y eut 20.551 naissances et 4.203 décès en 1926, dont:

10,76 % pour la première année.
5,62 % pour la deuxième année.
4,06 % pour la troisième année.

Dans la population indigène:

146.594 naissances.
39.598 décès.

Avec les pourcentages suivants:

7,77 % pour la première année.
8,95 % pour la deuxième année.
10,28 % de 3 à 14 ans.

En 1927, population européenne:

19.177 naissances.
4.550 décès.
12,71 % pour la première année.
6,70 % pour la deuxième année.
4,38 % de 3 à 14 ans.

Population indigène:

113.538 naissances.
50.813 décès.
12,96 % pour la première année.

14,90 % pour la deuxième année.
17,48 % de 3 à 14 ans.

Les chiffres de la mortalité infantile indigène sont au-dessous de la réalité certainement, les décès d'enfants dans les campagnes n'étant pas déclarés très régulièrement.

Le faible pourcentage relatif de mortalité pendant la première année qu'on relève s'explique par ce fait que l'allaitement maternel est une règle absolue chez la femme indigène, des campagnes surtout.

Les grandes villes accusent une plus grande mortalité infantile. A Alger, le quartier le plus défavorisé est sans contredit la Casbah. De 1913 à 1921, la moyenne des décès a été dans ce quartier de 35 %, alors que dans les autres quartiers elle a été de 21 %. Le taudis explique pour une grande partie cette mortalité.

Encore une fois, la solution de ce problème incombe d'abord à l'Administration.

La protection des enfants du premier âge a été surtout entreprise par des œuvres privées, que l'administration a subventionnées. « Des crèches, des gouttes de lait », créées un peu partout dans les trois départements ont réalisé par leurs garderies et leurs consultations pour nourrissons, une œuvre efficace. Il faut souligner cependant qu'aucun organisme n'a coordonné toutes ces activités.

L'Inspection médicale scolaire, appliquée à l'Algérie par un arrêté de 1908, n'a été organisé que par quelques municipalités. A Alger, le service organisé par le Docteur Lemaire a donné des résultats très satisfaisants.

L'assistance aux enfants anormaux ou débiles fut ébauchée en 1920 pour la deuxième catégorie,

par la création de l'œuvre Grancher et continuée en 1931 par le préventorium de Matifou.

L'assistance aux vieillards, infirmes et incurables est facultative en Algérie. Elle fut réalisée par quelques hospices d'une capacité insuffisante.

Assistance mentale.

La question de l'assistance neuro-psychiâtrique fut maintes fois agitée au sein des Délégations financières qui décidèrent la construction d'un asile d'aliénés à Blida, dès 1912.

En 1924, le Professeur Lépine présenta à une commission réunie pour étudier la question, les conclusions suivantes qui furent adoptées:

Création d'un asile à Blida.

Installation dans les trois hôpitaux des chefs-lieux de service pour le traitement des affections psychiques aiguës.

La première partie de ce programme fut réalisée en 1931 par la construction de l'asile à Blida.

L'hygiène du logement.

Le couronnement de l'œuvre d'assistance sociale, le problème dont la solution permet de résoudre les autres, c'est sans contredit: l'hygiène du logement, comme nous l'avons marquée à différentes reprises.

Des pays qui, comme l'Allemagne et l'Angleterre ont lutté contre le taudis, ont vu leur mortalité générale atteindre 11,6 et 11,1 % en 1928. A la même époque, cette mortalité était de 16,5 % en France, et présentait une moyenne à peu près équivalente en Algérie.

Un effort a été réalisé dans ce sens par quelques villes de la colonie, par la création d'habitations à

bon marché. Les réalisations n'ont pas été en rapport avec l'importance du problème à résoudre.

Nous venons de voir l'importance de la médecine sociale, la diversité des problèmes qu'elle soulève et la nécessité d'une lutte sévère pour conserver la santé publique.

Toutes ces raisons décidèrent en 1922 le corps médical algérois à créer l'Association algérienne contre la tuberculose. Dans l'esprit des organisateurs, cet organisme devait peu à peu étendre son influence à tous les autres fléaux. Si cette tentative fut infructueuse, elle ne fut pas sans lendemain. Les raisons qui la firent naître sont à l'origine de « l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène sociale ».

Septième Partie

OFFICE ALGERIEN DE MEDECINE PREVENTIVE ET D'HYGIENE SOCIALE

Créé en 1928 par le Docteur L. Raynaud, cet organisme se fixa dans ses statuts les buts suivants:

1° Centraliser et mettre à la disposition des services publics, du corps médical, des hygiénistes, des étudiants en médecine, des associations de bienfaisance et du public, tous les documents et renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies propres au pays, notamment aux maladies sociales, et à leur prophylaxie;

2° D'effectuer auprès du public une propagande continue et méthodique pour la conservation de la

santé et les mesures de préservation contre la maladie;

3° D'assurer la liaison entre les pouvoirs publics et les œuvres privées pour coordonner et développer l'action de tous les organismes qui concourent à la protection de la santé publique;

4° De préparer et de faire fonctionner des centres de lutte contre les maladies sociales.

Au bout d'un an d'existence, l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène sociale a pu faire édifier à Alger un Centre de santé.

Primitivement, cette création fut destinée à servir de centre de lutte curatif et préventif contre les maladies sociales. Il avait alors l'organisation suivante:

1° Le dispensaire antisyphilitique Gémy;

2° Un dispensaire d'hygiène mentale;

3° Une consultation prénatale et du premier âge;

4° Le laboratoire de sérologie du département d'Alger;

5° Un dispensaire antiblennorrhagique (genre Demonchy);

6° Un dispensaire antituberculeux;

7° Un service médical complet, avec analyses de laboratoire, en vue du dépistage des maladies ou intoxications inapparentes.

Sur la demande des praticiens, ceux de leurs clients de condition modeste qui ne sauraient payer les frais énormes que représentent les examens radiographiques, les analyses de laboratoire et visites de spécialistes, pouvaient être examinés à

ce centre pour un prix modique. La fiche ainsi constituée leur était remise afin que le médecin traitant puisse les soigner en toutes connaissances de cause;

8° Des services pour examen et traitement des maladies des yeux, de la gorge, du nez et de la bouche, une consultation pour le cancer;

9° Un ensemble de locaux pour la propagande de l'hygiène (salle de conférences, de cinéma, d'exposition).

Des centres de santé analogues étaient en projet dans les chefs-lieux des deux autres départements. L'organisation devait par la suite être étendue aux agglomérations importantes de chacun des trois départements.

L'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène sociale devait également créer des dispensaires polyvalents à Constantine, Jemmapes, Sétif, Bougie, Blida, Oran, Tlemcen, Mascara, Mostaganem.

L'aide qu'il a apportée à l'initiative privée a permis la création et le développement de dispensaires à Rivet et Baba-Ali.

Pour compléter plus efficacement son rôle de protection sociale, l'Office jeta les bases d'une école d'infirmières sociales, dont la tâche, pour les agglomérations urbaines, ressemble à celle qui incombe aux infirmières-visiteuses pour les agglomérations indigènes.

Cette école devait fonctionner au Centre de santé et au dispensaire de la S. S. B. M.

En 1931, l'Office put envoyer à Paris pendant six semaines: 5 infirmières et une doctoresse pour y étudier le service social à l'hôpital.

Pour réaliser la partie la plus importante de son programme, l'éducation du public en matière de prophylaxie des maladies et d'hygiène, l'Office a été largement aidé par le Ministère de l'hygiène. Une camionnette automobile avec groupe électrogène pour projections cinématographiques fut mise à sa disposition. Des films portant sur la lutte contre la tuberculose, le paludisme, la syphilis, le trachôme et adoptés à la mentalité des indigènes furent préparés.

Enfin, la constitution d'une bibliothèque spécialisée dans la documentation d'hygiène et de médecine coloniale fut entreprise par l'Office. Cette initiative qui aurait pu permettre de compléter très heureusement la documentation mise à la disposition des médecins ou des étudiants, n'a pas été suivie. Les crédits alloués, n'ont pas permis de donner un grand développement à cette affaire malgré les efforts réalisés par le Docteur L. Reynaud. On ne peut que le regretter.

Huitième Partie

ASSISTANCE HOSPITALIERE

Nous avons vu dans notre premier chapitre que ce mode d'assistance date du premier jour de la conquête. Durant ce que nous considérons comme la deuxième période de l'organisation du service de la santé publique en Algérie, aucune disposition nouvelle n'est intervenue concernant le régime des hôpitaux ou celui des admissions.

Le statut du personnel subalterne des hôpitaux civils fut remanié notamment en 1907. A cette date, un arrêté du Gouverneur général régla les conditions d'avancement et de nomination du personnel et sa rétribution. Par la suite, l'arrêté fut complété par les décisions gubernatoriales du 26 mars 1924, 9 mai 1927 et 3 juillet 1929.

A cette date, les échelons suivants furent établis:

Garçons et filles de salles.

Aides-panseurs et aides-panseuses.

Panseurs et panseuses.

Infirmiers et infirmières, major, agents de services de laboratoires, de pharmacie et assimilés.

Les aides-panseurs et panseuses devaient être recrutés parmi les candidats titulaires du diplôme d'état d'infirmier ou d'infirmière. Un stage d'une année leur était imposé avant la titularisation.

L'organisation définitive en 1923, après les tentatives infructueuses de 1886 et de 1907, de l'école d'infirmiers de Mustapha, régla la question de l'enseignement professionnel du personnel subalterne. Cette école a déjà délivré le diplôme d'état d'infirmier à 37 élèves.

L'école d'infirmières, créée dès 1912 à l'hôpital Parnet fut transformée en 1926 en école coloniale d'infirmières-visiteuses, ayant pour but de préparer des infirmières destinées surtout à l'assistance aux mères et aux nourrissons.

Ce rôle fut encore mieux fixé par la dénomination que prit l'école en 1928: école d'infirmières-visiteuses de protection maternelle et infantile.

L'augmentation du chiffre de la population algérienne, l'extension prise par la ville d'Alger imposèrent également une adaptation de l'assistance hospitalière aux conditions nouvelles.

En 1931, les Délégations financières votèrent des crédits pour l'aménagement ou l'agrandissement de quelques services d'assistance.

Une partie de ces crédits devaient être affectés à la construction d'un pavillon d'isolement des tuberculeux avec 80 lits et d'un service de neuro-psychiâtrie avec 64 lits.

A la fin de 1932, on comptait pour l'agglomération des trois hôpitaux: Mustapha, Parnet, El-Kettar: 1859 lits, alors qu'en 1929, ce nombre était de 1.437 lits.

Les remaniements subis par les services pharmaceutiques sont suffisamment importants pour qu'on en fasse mention.

Jusqu'en 1921, la pharmacie de l'hôpital civil répondait à deux fins: assurer le service pharmaceutique des hôpitaux d'Alger, fournir en médicaments les autres hôpitaux civils de la Colonie.

A cette date fut créée la pharmacie normale, chargée du premier rôle dont nous venons de parler.

Le deuxième rôle fut confié à la pharmacie centrale d'approvisionnement des hôpitaux d'Algérie.

En 1930, la création des Magasins généraux de l'Assistance publique scinda définitivement cette organisation bipartite en plaçant en dépendance du nouvel organisme, la pharmacie centrale.

En résumé, l'armement hospitalier de la colonie comprenait en 1930:

21 hôpitaux ou hospices d'une capacité totale de 6.351 lits, dont 1.656 pour les pensionnaires et 4.695 pour les malades.

Les hôpitaux militaires, exception faite de ceux des Territoires du Sud, étaient au nombre de 40 dont 26 hôpitaux et 14 infirmeries-hôpitaux, avec un total de 5.529 lits dont 800 réservés aux malades civils.

Cette statistique montre le grand nombre des hôpitaux militaires. Cette importance est due au fait que l'assistance hospitalière fut pendant un grand nombre d'années, une œuvre surtout militaire. D'ailleurs, certains hôpitaux de l'armée, établis primitivement pour répondre aux besoins de garnisons placées dans des endroits stratégiques, n'eurent plus, par la suite, qu'un rendement insuffisant. Aussi, le projet de cession de ses hôpitaux à l'administration civile, ébauché en 1863 prit-il corps en 1927.

Si le projet de cette cession ne fit aucune difficulté, les détails furent assez longs à régler.

Dans ses premières propositions, l'autorité militaire demandait une somme de 8.000.000 de francs pour la cession de 28 hôpitaux. Elle conservait les hôpitaux de Tizi-Ouzou, Miliana, Fort-National, Tlemcen, Souk-Ahras et demandait à l'autorité civile de lui réserver des lits dans les hôpitaux de: Aumale, Médéa, Orléansville, Mascara, Mostaganem, Saïda, Tiaret, Bône, Bougie, Guelma, Tébessa, Sétif.

Après des tractations diverses, le Ministère de la Guerre et le Gouverneur général de l'Algérie s'accordèrent pour fixer l'indemnité à payer par l'Algérie à 3.326.000 francs.

Le projet de convention établi à la suite de cet accord stipule que le Gouvernement général de l'Algérie prend à sa charge le traitement de tous les malades civils de la colonie, sauf dans les Territoires du Sud où le *statu-quo* est maintenu.

Le traitement des malades militaires sera assuré dans les huit hôpitaux militaires non désaffectés dans les 14 hôpitaux mixtes et dans les salles à créer dans les hôpitaux proprement civils suivants: Cherchell, Dellys, Ténès, Nemours, Aïn-Béïda, Biskra, Bordj-bou-Arréridj, La Calle, Tébessa.

Les dépenses occasionnées par l'organisation des lits militaires dans les hôpitaux mixtes ou dans les hôpitaux proprement civils incombent au département de la guerre.

A la suite de cet accord, le Service central de l'hygiène avait tracé un plan de réorganisation de l'assistance hospitalière, qui a été repris par le nouveau service de la Santé publique. Nous en reparlerons donc par la suite.

Neuvième Partie

L'ASSISTANCE MEDICALE AUX INDIGENES D'ALGERIE

Cette assistance fut organisée officiellement en 1853 avec la création du corps des médecins de colonisation.

Les bases de l'organisation hospitalière ont été jetées, nous l'avons vu, par le Cardinal Lavigerie.

Par la suite, l'assistance médicale des indigènes fut complétée par les cliniques indigènes, dues au Docteur Raynaud et au Dr Soulié, les hôpitaux auxiliaires, postes de secours, salles de consultations et maisons des yeux.

Le tableau suivant qui donne la liste et la répartition de ces formations hospitalières arrêtée à l'année 1931, montre suffisamment l'effort qui a été fait.

Assistance Médicale des Ind

DÉPARTEMENT

ABREVIATIONS

H.A.: Hôpitaux auxiliaires.
S.C.: Salles de consultations.
Cl. I.: Cliniques indigènes.
M. Y.: Maison des yeux (Biout el Aïnin).
S.: En service.
P.S.: Postes de secours.
H. I.: Hôpitaux indigènes.
C.F.E.: Consultations pour femmes et enfants.
C.V.I.: Cités vieillards, incurables.
P.: En projet.

LOCALITES	H. A.		P. S.		S. C.		H. I.	Cl. I.	C F E	M.Y.	C V I	Observations
	S.	P.	S.	P.	S.	P.						
Arrondissement d'Alger												
Alger						15		2				
Aïn-Bessem	1											
Blida								1	1			
Boufarik												
Bouïra	1									1		
Bou-Saâda	1											
Beni-Messous									1		1	
Coléa												
El-Affroun	1											
Gouraya	1											
Maillot	1								1			
Maison-Carrée		1										
Palestro	1											
Sidi-Aïssa	1											
Tablat	1											
Totaux	9	1				15		3	3	1	1	
Arrondissement de Médéa												
Aïn-Boucif		1										
Berrouaghia	1											
Boghari	1											
Médéa	1											
Reibell	1											
Totaux	4	1										

gènes du Territoire du Nord

D'ALGER

LOCALITES	H. A.		P. S.		S. C.		H. I.	Cl. I.	C F E	M. Y.	C V I	Observations
	S.	P.	S.	P.	S.	P.						
Arrondissement de Miliana												
Affreville	1											
Burdeau		1										
Duperré		1										
Lavigerie	1											
Miliana									1			
Vialar	1											
Totaux	3	2							1			
Arrondissement d'Orléansville												
Flatters		1										
Molière (B.-Hindel)	1											
Orléansville	1											
Rabelais	1											
St-Cyprien-des-Attafs							1					
Totaux	3	1					1					
Arrondissement de Tizi-Ouzou												
Azazga	1											
Boghni	1											
Bordj-Ménaïel		1										
Dra-el-Mizan	1											
Michelet							1					
Port-Gueydon	1											
Rébeval	1											
Tigzirt	1											
Totaux	6	1					1					

LOCALITES	H. A.		P. S.		S. C.		H. I.	Cl. I.	C F E	M.Y.	C V I	Observations
	S.	P.	S.	P.	S.	P.						
Arrondissement d'Oran												
Oran	1							1			1	
Aïn-Témouchent	1											
Arzew		1										
Er-Rached				1								
Hammam-b-Hadjar	1											
Perrégaux		1										
Saint-Lucien	1											
Tiaret	1											
Totaux	5	2		1				1			1	
Arrondissement de Mascara												
Mascara	1								1			
Bou-Hanifia	1											
Frenda	1											
Palikao	1											
Saïda	1											
St-André de Mascara											1	
Taria	1											
Uzès-le-Duc				1								
Totaux	6			1					1		1	

D'ORAN

LOCALITES	H. A.		P. S.		S. C.		H. I.	Cl. I.	C F E	M. Y.	C V I	Observations
	S.	P.	S.	P.	S.	P.						
Arrondissement de Mostaganem												
Aflou	1											
Ammi-Moussa	1											
Bouguirat						1						
Cassaigne	1											
L'Hillil		1								1		
Renault	1											
Trézel	1											
Zemmora	1											
Totaux	6	1				1				1		
Arrondissement de Sidi-Bel-Abbès												
Sidi-bel-Abbès	1											
Mercier-Lacombe		1										
Télagh	1											
Ténira	1											
Totaux	3	1										
Arrondissement de Tlemcen												
Tlemcen	1							1			1	
Bab-el-Aisa			1									
El-Aricha			1									
Lamoricière		1										
Marnia	1											
Montagnac	1											
Nédroma	1											
Pont-de-l'Isser		1										
Sebdou	1											
Turenne						1						
Totaux	5	2	2			1		1			1	

DÉPARTEMENT

LOCALITES	H. A.		P. S.		S. O.		H. I.	Cl. I.	C F E	M. Y.	C V I	Observations
	S.	P.	S.	P.	S.	P.						
Arrondissement de Constantine												
Constantine	1							1				
Aïn-Beïda		1										
Aïn-M'lila	1											
Canrobert	1											
Condé-Smendou		1										
Chateaudun	1											
Djemila						1						
El-Milia	1											
Fedj-M'zala	1											
Meskiana	1											
Morsott	1											
Negrine			1									
Sedrata	1											
Tébessa		1										
Totaux	9	3	1			1		1				
Arrondissement de Bône												
Bône									1			
Herbillon	1											
Morris	1											
Penthièvre		1										
Tarf	1											
Totaux	3	1							1			
Arrondissement de Batna												
Arris	1											
Barika	1											
Biskra							1					
Corneille	1											
El-Madher	1									1		
El-Kantara												
Khanga-Sidi-Nadji			1									
Khenchela	1											
Mac-Mahon	1											
Totaux	6		1				1			1		

DE CONSTANTINE

LOCALITES	H. A.		P. S.		S. C.		H. I.	Cl. I.	C F E	M. Y.	C V I	Observations
	S.	P.	S.	P.	S.	P.						
Arrondissement de Bougie												
Bougie									1			
Aokas	1											
Lafayette	1											
Sidi-Aïch	1											
Taher	1											
Totaux	4								1			
Arrondissement de Guelma												
Goūnod	1											
Laverdure	1											
Totaux	2											
Arrondissement de Philippeville												
Collo	1											
El-Arrouch		1										
Jemmapes	1											
Totaux	2	1										
Arrondissement de Sétif												
Sétif		1										
Bordj-bou-Arréridj		1										
Colbert	1											
Kerrata	1											
Medjana	1											
M'Sila	1											
Périgotville	1											
Saint-Arnaud	1											
Totaux	6	2										

L'assistance aux vieillards, infirmes et incurables n'a pas eu un développement aussi grand. Indépendamment de l'asile Sidi-Lassens à Tlemcen réservé aux indigènes, l'asile de Béni-Messous était en construction en 1931 et l'asile Saint-André de Mascara était en projet.

Tout ce qui constitue l'ensemble de l'assistance indigène, aussi bien assistance hospitalière qu'assistance communale, est redevable de son développement aux médecins de colonisation.

Ce corps, nous l'avons vu, fut organisé par un arrêté ministériel du 21 janvier 1853 qui créait 14 circonscriptions civiles dans la province d'Alger, 9 dans la province d'Oran, et 10 dans celle de Constantine.

En 1926, le statut des médecins de colonisation fut remanié. La distinction de postes ruraux fut établie et les traitements fixés selon un échelle allant de 25.000 francs à 32.000 francs.

En 1929, un arrêté du Gouverneur général régla la question de l'établissement des listes d'indigents dans les différents centres. La distinction en postes ordinaires et postes « déshérités », dont les titulaires devaient recevoir une indemnité de compensation, fut établie. De ce fait, les traitements furent fixés comme suit:

De 17.500 à 36.000 francs en 6 échelles pour les circonscriptions ordinaires; de 30.000 à 45.000 francs, répartis en 9 classes, pour les circonscriptions rurales; une indemnité de 10.000 francs fut attribuée aux postes « déshérités ».

L'effectif des médecins de colonisation comprenait 104 membres dont 50 affectés à des circonscriptions rurales.

Pour aider les médecins de colonisation dans

leur lourde tâche, le corps des auxiliaires médicaux fut créé en novembre 1904.

Ce corps fut réorganisé en juillet 1912.

Le rôle de l'auxiliaire médical à l'hôpital auxiliaire est celui d'un infirmier-major. A l'extérieur, il doit accompagner le médecin dans ses tournées, il aide aux vaccinations et il concourt à la lutte contre les épidémies.

Depuis 1926, la durée des études des auxiliaires médicaux a été portée à trois ans. Le brevet élémentaire est exigé à l'entrée. Pendant la durée des études. Les élèves sont tenus au stage hospitalier. En 1929, le traitement fut fixé à 800 francs pour la classe des stagiaires et à 10.750 francs pour la hors classe. En 1931, ils étaient au nombre de 104.

Pour pénétrer plus avant dans les milieux indigènes, pour en toucher plus particulièrement la femme, les infirmières-visiteuses furent créées en 1926 par le Gouverneur général Viollette. A l'hôpital auxiliaire, elles ont pour fonction d'assurer le service des femmes, elles aident à l'assistance aux mères et aux nourrissons.

Elles peuvent également assurer la gestion de l'hôpital. A l'extérieur, elles aident aux vaccinations et doivent s'attacher à dépister les maladies sociales: tuberculose, syphilis, paludisme, trachôme. En 1931, il existait 80 postes d'infirmières-visiteuses.

Cette création a été particulièrement critiquée. Le Docteur Soulié (1) a notamment écrit: « L'examen impartial de leur fonctionnement nous apprend que leur rôle est presque nul dans le bled,

---

(1) *Hygiène et Pathologie, assistance médicale* (tome II). Raynaud-Picard-Soulié.

mais qu'il pourrait être utile dans les centres ». La critique s'accompagne donc ici du remède à apporter.

Pour les villes, cette question de l'assistance aux femmes indigènes a été résolue par la création des cliniques indigènes réservées aux femmes.

Il existait en 1931, 4 cliniques indigènes pour le département d'Alger: 2 à Alger, 1 à Blida, 1 à Boufarik. Le département d'Oran avait 2 cliniques: 1 à Oran, 1 à Tlemcen.

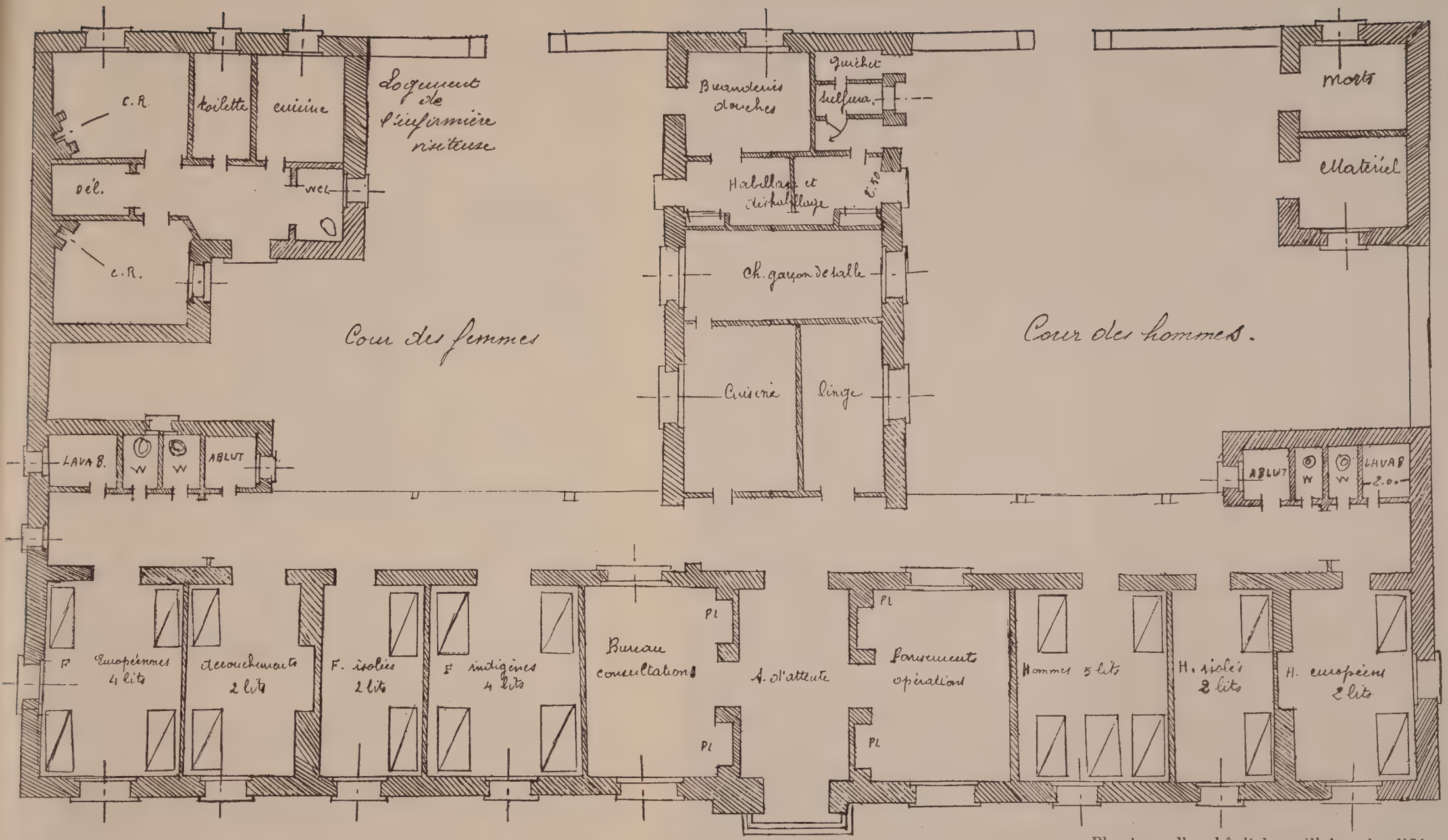
A cette date, des consultations pour femmes et enfants indigènes avaient été aménagées dans quelques centres: Maison-Carrée, Coléa, Boufarik, Miliana, pour le département d'Alger ; Mascara, pour le département d'Oran; Bône, Bougie, pour le département de Constantine.

Dès 1930, le Service Central de l'Hygiène et de la Médecine préventive envisageait de compléter cette organisation et de combler les lacunes que l'expérience avait révélées.

Voici le schéma de cette réorganisation proposée par celui qui fut l'animateur de cette œuvre: le professeur Soulié.

A l'échelon supérieur: l'hôpital auxiliaire, placé dans les endroits éloignés des grands centres. Le nombre de ces formations était réduit au minimum.

Nous donnons le plan-type connu sous le nom de plan Garnier-Soulié:



Plan DARBÉDA-SOULIÉ.

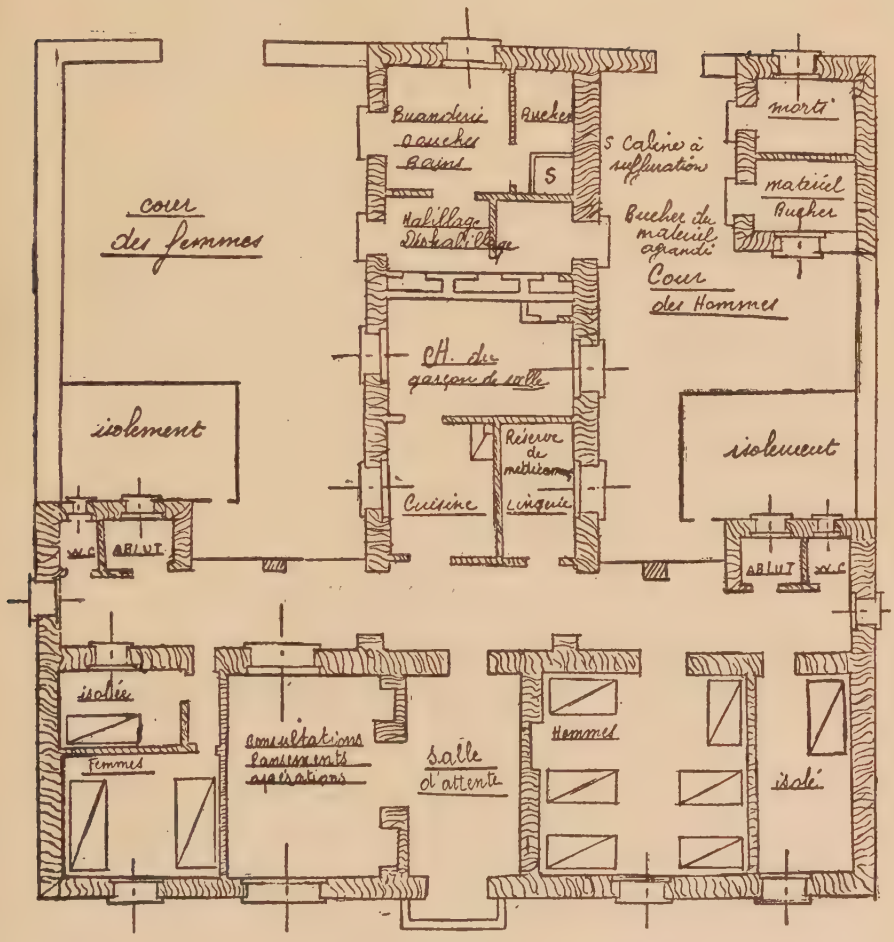
Plan-type d'un hôpital auxiliaire simplifié.

VARIANTES: Une salle d'attente et d'opérations en plus. Deux salles d'attente. Epouillage avec déshabillage et habillage en deux pièces complètement séparées et simplement divisées par une cloison. Logement de l'infirmière-visiteuse, ajourné. Logement pour hospitalisation des Européens, ajourné.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL
DE L'ALGÉRIE

Service central
de l'Assistance publique

POSTE DE SECOURS



VARIANTES: Une salle d'attente pour chaque sexe. Une salle de consultations et une salle de pansements et d'opérations séparées. Les salles d'isolement plus grandes sont placées dans les cours, contre les W. C.

EPOUILLAGE: Une salle pour déshabillage. Une salle d'habillage ou séparation de la salle unique par une cloison avec deux portes donnant accès à la salle de douches.

Il est prévu 34 lits, dont 25 pour les indigènes, 7 pour les européens et 2 pour les femmes en couches. Le plan a été établi pour permettre le nettoyage des malades à l'entrée, la désinfection de leurs vêtements : d'où le poste de désinfection.

Pour l'hygiène corporelle nécessaire pendant la durée de l'hospitalisation, il a été prévu des lavabos-ablutions.

Au-dessous de ces formations, nous trouvons les postes de secours réservés aux petites agglomérations.

Dans ces formations, les soins sont donnés dans une salle de consultations, dans laquelle sont également faits les pansements et servent éventuellement de salles d'opérations. Les annexes contiennent quelques lits. La prophylaxie est assurée par le poste d'épouillage et des chambres d'isolements.

A l'échelon inférieur, on trouve la salle de consultation qui réalise l'assistance à domicile, celle qui a donné les meilleurs résultats, parce que mieux adaptée à la mentalité indigène.

Schématiquement, elle comporte : une salle de consultations-pansements, avec armoire pour les médicaments et deux salles d'attente, une pour les hommes et une pour les femmes.

Ces salles de consultations peuvent devenir des centres polyvalents par l'adjonction de salles supplémentaires, spécialisées dans les consultations pour femmes et enfants, dans les maladies des yeux. Pour cette dernière destination, il est nécessaire d'adjoindre à la salle de visites, une salle de pansements et d'opération, un cabinet noir et une chambre où un opéré peut se reposer quelques moments.

Dixième Partie

L'ASSISTANCE MEDICALE DES TERRITOIRES DU SUD

L'organisation est toute militaire. La direction en est assurée par un médecin-colonel, directeur de Service de Santé des Territoires du Sud. Il a sous ses ordres des médecins militaires et du personnel du Service de Santé (infirmiers militaires et infirmiers indigènes).

Au point de vue militaire, cette organisation relève du directeur du Service de Santé du 19e Corps d'Armée et, au point de vue de l'assistance indigène, du Gouvernement général.

Les Services d'Assistance comprennent :

1° Des infirmeries indigènes, munies de lits permettant l'hospitalisation de quelques malades;

2° Des salles de consultations.

En 1931, les infirmeries suivantes étaient à l'état de projet: Colomb-Béchar, Kénadsa, Tamanrasset, El-Oued, Tabelbala, Abadla, Béni-Abbès, Adrar.

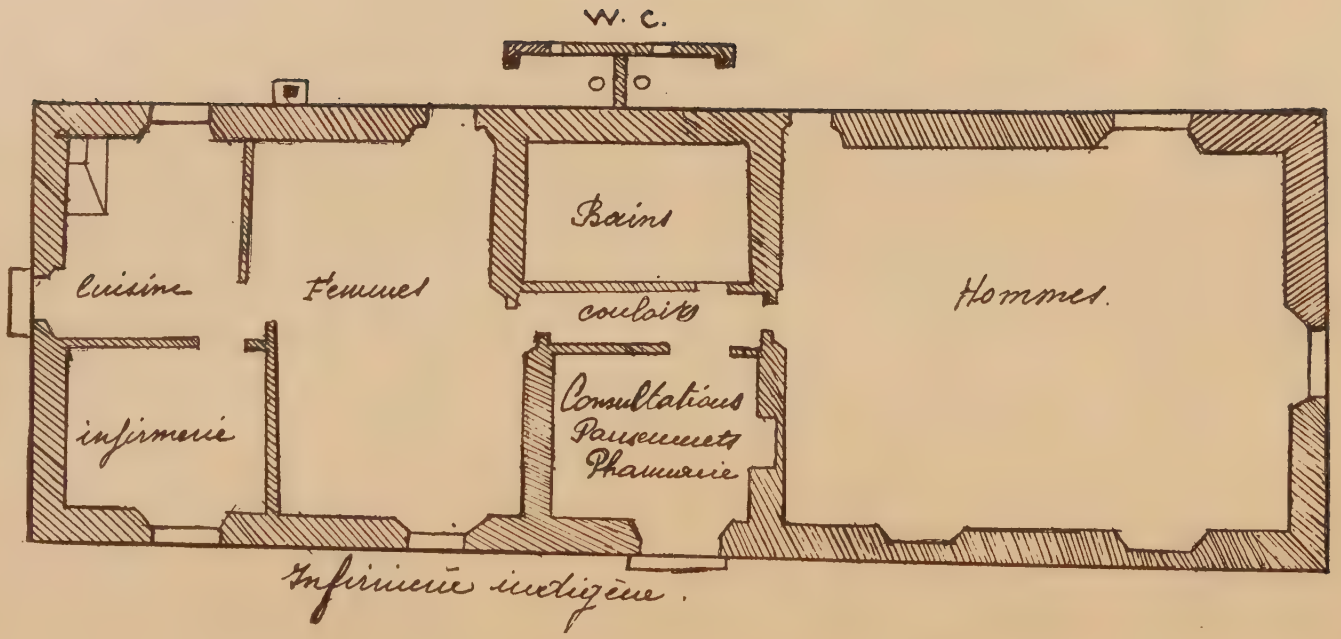
Les salles de consultations, toutes polyvalentes étaient au nombre de 25 en 1931. Un projet à cette date prévoyait la construction de 21 nouvelles salles soit:

7 pour le territoire de Ghardaïa;

2 pour le territoire d'Aïn-Sefra;

9 pour le territoire de Touggourt;

3 pour le territoire des Oasis.


W. C.
Bains
Cuisine
Femmes
couloir
Hommes.
infirmerie
Consultations
Pansements
Pharmacie
Infirmerie indigène.

Les Territoires du Sud ont entrepris bien avant l'Algérie du Nord, la lutte contre les affections oculaires. En 1931, la construction de dix nouveaux « biout-el-aïnin » fut décidée pour le territoire de Touggourt, et de trois autres pour le territoire des oasis.

A la même époque, des dispensaires vénériens furent prévus pour:

Djelfa, Kénadsa, Touggourt, Djamâa, Temacine, Géryville, Laghouat.

Pour lutter contre les maladies épidémiques, surtout le typhus et la variole, et protéger en même temps l'Algérie, du Nord, un réseau de postes d'épouillage a été constitué sur les voies de propagation des épidémies. En 1931, ce système devait être renforcé par la création de :

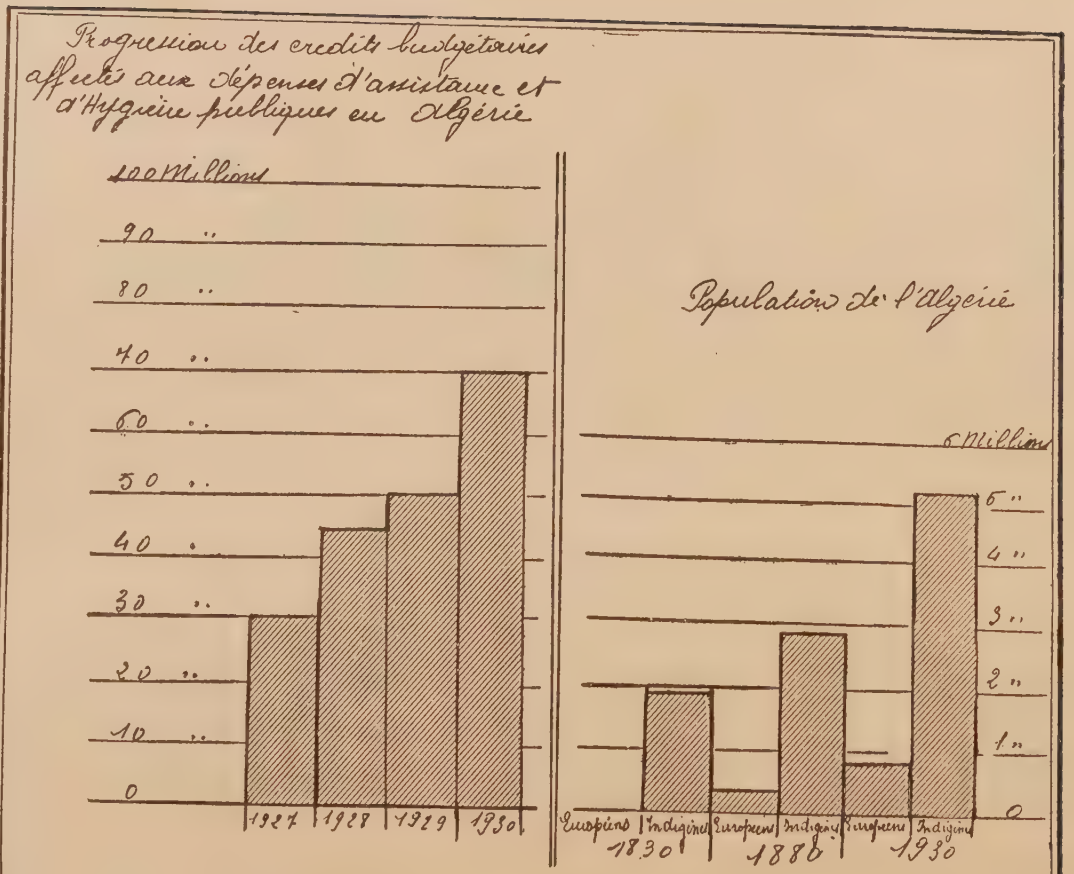
8 postes pour le territoire de Ghardaïa;

14 postes pour le territoire d'Aïn-Sefra;

14 postes pour le territoire de Touggourt.

Nous figurons ici le graphique des sommes consacrées à l'organisation des services chargés de protéger la santé publique dans la colonie.

La courbe ascendante suivie par ces dépenses, en attestant l'effort financier accompli, démontre également l'importance de l'œuvre humanitaire réalisée en Algérie.


Progression des crédits budgétaires affectés aux dépenses d'assistance et d'Hygiène publiques en Algérie
100 Millions
90 ..
80 ..
70 ..
60 ..
50 ..
40 .
30 ..
20 ..
10 ..
0
1927
1928
1929
1930
Population de l'Algérie
6 Millions
6 ..
4 ..
3 ..
2 ..
1 ..
0
Européens
Indigènes
Européens
Indigènes
Européens
Indigènes
1830
1880
1930

CHAPITRE III

La Direction de la Santé Publique

PREMIÈRE PARTIE

ARRETE

portant création d'une Direction de la Santé publique qui groupe les Services de l'Assistance, de l'Hygiène et de la Santé publiques.

Le Gouverneur Général de l'Algérie,

Vu le décret du 23 août 1898, sur le Gouvernement et la haute Administration de l'Algérie;

Vu le règlement du 30 mars 1909, sur le personnel du Gouvernement général, et notamment les articles 1er et 3 modifiés par les arrêtés des 11 mai 1910, 31 juillet 1919, 31 mars 1920, 29 janvier 1927, 20 février 1929 et 1er octobre 1931;

Vu l'arrêté du 5 février 1921, réorganisant l'Inspection générale des Services d'Hygiène et de la Santé publique en Algérie;

Vu l'arrêté du 9 juillet 1927, portant création d'un Service Central d'Assistance et d'Hygiène publique;

Vu l'arrêté du 17 juillet 1928, modifiant l'article 1er de l'arrêté du 9 juillet 1927 et créant: 1° un Service Central de l'Assistance publique placé sous l'autorité d'un sous-directeur; 2° un Service Cen-

tral de l'Hygiène publique et de la Médecine préventive placé sous l'autorité de l'inspecteur général des Services d'Hygiène et de la Santé publique;

Vu l'arrêté du 22 mai 1930, fixant les attributions de l'inspecteur général des Services de l'Hygiène et de la Santé publique;

Vu l'arrêté du 1er septembre 1930, réglementant l'organisation des magasins généraux de l'Assistance publique en Algérie, et notamment l'article 1er plaçant cet établissement sous l'autorité du Gouverneur Général;

Sur la proposition du Secrétaire Général du Gouvernement;

Le Conseil du Gouvernement entendu,

ARRÊTE, :

I. — Organisation générale de la Direction de la Santé publique

ARTICLE PREMIER. — Le Service Central de l'Assistance publique et le Service Central de l'Hygiène publique et de la Médecine préventive à l'Administration centrale du Gouvernement général de l'Algérie, sont réunis en une direction qui porte le titre de « Direction de la Santé Publique ».

ART. 2. — La Direction de la Santé publique groupe toutes les questions d'ordre administratif et technique relatives à l'Assistance, à l'Hygiène et à la Santé publiques qui sont du ressort du Gouvernement général, à titre soit d'organisation, soit de gestion, soit de surveillance et de contrôle.

Art. 3. — Les fonctions de Directeur de la Santé publique du Gouvernement général de l'Algérie sont confiées:

Soit à titre de mission,

Soit à titre définitif,

A une haute personnalité médicale spécialisée dans les questions d'assistance, d'hygiène, de médecine sociale et d'organisation sanitaire, ayant exercé des fonctions importantes de direction ou d'inspection de services sanitaires et médicaux soit dans l'Afrique du Nord, soit dans les colonies, soit dans les pays du Protectorat ou sous mandat, soit dans la Métropole, et choisie par le Gouverneur général en raison de ses titres, de son expérience, de ses travaux et des résultats pratiques qu'elle a obtenus en matière d'hygiène, d'assistance et de protection de la Santé publique.

Art. 4. — La Direction de la Santé publique comprend :

Des Services administratifs,

Des Services techniques ,

Un Secrétariat.

Les Services administratifs sont chargés de l'Administration de l'Assistance ainsi que des autres organisations sanitaires et médicales relevant de la Direction de la Santé publique (hygiène, police sanitaire, médecine sociale, etc...). Les questions de budget, d'engagement des crédits, de contrôle des dépenses, de liquidation des frais d'hospitalisation, de matériel et de personnel, sont dans leurs attributions.

Les Magasins généraux de l'Assistance font partie des Services administratifs de la Santé publique.

Les Services administratifs de la Santé publique sont confiés, sous l'autorité du Directeur de la Santé publique, à un sous-Directeur de l'Administration centrale, qui porte le titre d'« Adjoint administratif au Directeur de la Santé publique ».

Les Services techniques sont chargés de l'étude de toutes les questions d'hygiène, assistance et santé, relevant de la Direction de la Santé publique. Les questions d'organisation, d'orientation et de programme sanitaires, de coordination entre les œuvres privées et les services officiels, de collaboration entre les services de traitement et de prophylaxie, de contrôle technique, d'instruction du personnel sont dans leurs attributions ainsi que les liaisons avec les établissements scientifiques d'enseignement ou de recherches et les divers groupements professionnels.

Le personnel sanitaire technique employé à la Direction de la Santé publique comprend des médecins hygiénistes recrutés suivant les compétences, dans le Corps des Médecins de Colonisation ou parmi les médecins libres contractuels dans des conditions fixées par arrêté spécial du Gouverneur général.

Art. 5. — La Direction des Travaux publics, des Chemins de fer et des Mines, est chargée, dans les conditions fixées par arrêtés du Gouverneur général, de tous les travaux de constructions et grosses réparations des établissements relevant de la Direction de la Santé publique, sur les indications techniques, elle fait établir les devis, prépare les contrats et marchés, assure le contrôle des travaux et effectue la réception des bâtiments qu'elle remet ensuite au service de la Santé publique.

II. — Conseil supérieur de la Santé publique, commission sanitaire permanente, conseillers sanitaires techniques.

Art. 6. — La Commission supérieure de l'hygiène et la Commission supérieure de l'Assistance publique, créés respectivement par arrêtés du 14 novembre 1908 et du 16 janvier 1914 sont supprimées et remplacées par un Conseil supérieur de la Santé publique qui, sous la présidence du Gouverneur général ou du Secrétaire général, est consultée sur les grandes questions d'assistance, d'hygiène et de santé publiques qui intéressent l'Algérie.

Le Conseil supérieur de la Santé publique comprend les Préfets des trois départements, des représentants des corps élus, des services de la colonie, des services du Gouvernement général, des services départementaux, de la Faculté de médecine, de l'Institut Pasteur, des médecins, des pharmaciens et des divers groupements susceptibles d'apporter des avis autorisés.

L'organisation, les attributions et le fonctionnement du Conseil supérieur de la Santé publique seront fixés par arrêté spécial.

Art. 7. — Le Conseil supérieur de la Santé publique est représenté en permanence au Gouvernement général par une Commission sanitaire consultative que préside le Directeur de la Santé publique et dont il prend l'avis sur toutes les questions importantes d'organisation et de fonctionnement sanitaires.

La composition de cette commission sera fixée par l'arrêté déterminant le fonctionnement du Conseil supérieur de la Santé publique.

Pour l'étude préparatoire des questions techniques il peut être constitué des commissions techniques spéciales présidées par le Directeur de la Santé publique ou par le conseiller sanitaire technique de la spécialité intéressée.

Art. 8. — Selon les besoins et sur la proposition du Directeur de la Santé publique, le Gouverneur général peut conférer le titre de « Conseiller sanitaire technique » dans leur spécialité, en raison de leur compétence et de leurs services, à de hautes personnalités médicales résidant à Alger et dont le concours bénévole ne donnera lieu à aucune rétribution.

A l'occasion des inspections ou missions dont ils pourront être chargés, les Conseillers sanitaires techniques auront droit au remboursement de leur frais de transport et de séjour; dans la limite des crédits disponibles et sur décision spéciale du Gouverneur général, il pourra leur être alloué à titre exceptionnel, dans les mêmes cas de missions hors de leur résidence, un émolument forfaitaire destiné à les indemniser partiellement de leur perte d'honoraires.

III. — Inspection générale administrative de la Santé publique et inspection médicale de l'assistance indigène.

Art. 9. — L'Inspection générale de l'Assistance publique, créée par arrêté du 30 décembre 1909, est transformée en « Inspection générale administrative de la Santé publique », organe du Gouvernement général, chargé:

1° Du contrôle ordinaire de tous les services administratifs ressortissant à l'Assistance publique,

y compris les magasins généraux d'approvisionnement sanitaire;

2° De toutes missions et enquêtes qui lui sont confiées sur le fonctionnement administratif des autres services de la Santé publique.

En fin d'année, l'Inspecteur général administratif de la Santé publique établit un rapport d'ensemble sur le fonctionnement administratif de l'Assistance publique, des Magasins généraux et sur les améliorations à envisager.

Art. 10. — L'Inspection médicale des auxiliaires médicaux indigènes, créée par arrêté du 15 avril 1914 est transformée en « Inspection médicale de l'Assistance indigène », rattachée à la Direction de la Santé publique et chargée du contrôle technique des divers services médicaux ressortissant à l'Assistance indigène ainsi que de l'Inspection du personnel indigène qui y est affecté.

En fin d'année, l'Inspecteur médical de l'Assistance indigène établit un rapport d'ensemble sur le fonctionnement de l'Assistance indigène, sur le service des Auxiliaires médicaux et sur les améliorations à envisager.

IV. — Exercice des attributions administratives du Directeur de la Santé publique

Art. 11. — Le Directeur de la Santé publique exerce ces attributions administratives ainsi qu'il suit:

1° Sous l'autorité immédiate du Secrétaire général, il administre et dirige les services d'assistance, d'hygiène et de la Santé publique relevant du Gouvernement général;

2° Par délégation permanente du Gouverneur général, il inspecte les services d'assistance, d'hygiène et de la Santé publique relevant des autorités départementales et communales qui ont la charge et la responsabilité de l'exécution;

3° Dans les Territoires du Sud, il assure la coordination des services sanitaires civils avec les services correspondants de l'Algérie du Nord spécialement en ce qui concerne la défense contre les maladies épidémiques et sociales, étant entendu que ces services restent sous le contrôle du Directeur du Service de santé de ces territoires;

4° Il est en liaison étroite avec le Directeur du Service de santé du Corps d'armée et le Médecin-chef de la Marine pour toutes les informations épidémiologiques et l'étude de toutes les questions pouvant intéresser à la fois la population civile et la collectivité militaire.

Art. 12. — Le Directeur de la Santé publique correspond directement avec les services relevant de son autorité immédiate.

Pour les questions techniques il correspond sous le couvert des préfets et des maires avec les inspecteurs départementaux d'hygiène, les inspecteurs de l'Assistance publique, les directeurs des Bureaux d'hygiène, les médecins de colonisation et les médecins communaux; dans les cas d'urgence, cette correspondance a lieu directement, mais les autorités administratives hiérarchiques en sont avisées sans délai.

Il correspond dans les mêmes conditions sous le couvert du Directeur des Territoires du Sud avec le Directeur du Service de santé de ces territoires.

Art. 13. — Le Directeur de la Santé publique est en liaison avec toutes les œuvres privées ayant trait à la médecine préventive et sociale; par délégation permanente du Gouverneur général il inspecte celles qui reçoivent une subvention de l'Administration et vérifie leur rendement.

Délégué permanent de l'Administration auprès de l'Office algérien d'hygiène sociale et de médecine préventive, il assiste aux séances de l'Assemblée générale et à celles de son Conseil d'administration. Il contrôle son action, la soutient dans l'exécution qu'il poursuit et l'aide à coordonner l'effort des différentes œuvres privées qui collaborent avec lui.

V. — Attributions des inspecteurs départementaux de l'hygiène et de l'Assistance

Art. 14. — Dans chaque département l'Inspecteur d'hygiène est le conseiller permanent du Préfet pour toutes les questions techniques relatives aux services de l'Assistance, de l'hygiène et de la Santé publique.

Par délégation du Préfet, il contrôle le fonctionnement technique des établissements et services de l'Assistance publique; il vérifie le service des médecins de colonisation et des médecins communaux; il annote les rapports et documents techniques, il donne son appréciation sur le personnel sanitaire; il a l'initiative auprès du Préfet et du Directeur de la Santé publique de toutes propositions relatives à l'amélioration technique des services sanitaires.

Il tient à jour le fichier des œuvres privées de médecine sociale du département, suit leur rendement et contrôle le fonctionnement technique de

celles qui sont subventionnées par l'Administration, par l'Office algérien ou par l'Office départemental d'hygiène sociale.

Art. 15. — Dans chaque département, l'Inspecteur de l'Assistance est chargé, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont donnés par le Préfet de la vérification administrative des divers services de l'Assistance (établissements hospitaliers, enfants assistés, mères et nourrissons, vieillards et incurables, œuvres subventionnées, etc...).

Art. 16. — Le Conseil départemental d'hygiène est dans chaque département l'organe consultatif permanent du Préfet pour toutes les questions importantes relatives à l'hygiène, l'Assistance et la Santé publique, particulièrement en ce qui concerne les œuvres d'assainissement, de défense sanitaire et d'hygiène sociale.

Art. 17. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent arrêté.

Art. 18. — Le Secrétaire général du Gouvernement est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel de l'Algérie.*

Fait à Alger, le 26 septembre 1932.

J. CARDE.

Cet arrêté explique la coordination sous une même autorité technique de tous les services d'hygiène, de l'Assistance et de la Santé publique. Une politique sanitaire convenable exigeait cette réforme qui avait été demandée à différentes reprises.

Les services de l'assistance et de l'hygiène se trouvent ainsi de nouveau fusionnés, mais le pre-

mier n'a plus le second sous sa dépendance comme cela s'est vu.

La nouvelle direction groupe donc trois services:

1° Le service central de l'Assistance, sous les ordres d'un sous-directeur du Gouvernement général;

2° Le service de l'hygiène sous les ordres d'un médecin inspecteur général.

3° Les Magasins généraux de l'Assistance, sous les ordres d'un chef de bureau du Gouvernement général.

Le texte de l'arrêté comporte cinq titres:

I. — Organisation générale de la Direction de la Santé publique.

II. — Conseil supérieur de la Santé publique et commission permanente.

III. — Inspection générale de la Santé publique et Inspection de l'Assistance indigène.

IV. — Exercice des attributions du Directeur de la Santé publique.

V. — Attributions des Inspecteurs d'hygiène et d'assistance.

Le titre I pose nettement le principe que la Direction nouvelle est confiée à un homme de métier, à un technicien. Son article 4 divise les services de cette Direction en services administratifs et services techniques.

Le rôle des services administratifs est suffisamment indiqué par leur titre pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Les services techniques sont chargés de toutes les questions médicales de la Santé publique :

hygiène urbaine et rurale, épidémiologie, défense contre les épidémies, police sanitaire maritime et terrestre, préparation et exécution des programmes de médecine sociale, organisation technique des hôpitaux, infirmeries, services de l'Assistance publique et indigène, études de statistiques démographiques, etc...

La multiplicité des questions à traiter a nécessité la division en plusieurs sections à attributions nettement limitées.

Cette spécialisation devait être réalisée sous peine d'entraîner dans le travail une confusion et un désordre regrettable. Elle a été réglée par un arrêté annexé.

L'article 5 confie le soin des constructions hospitalières, autrefois à la charge des directeurs et économes des hôpitaux, au service compétent: la Direction des Travaux publics.

Dans le titre II, l'article 6 prévoit un conseil supérieur de la Santé publique, tenant lieu à la fois de conseil supérieur d'hygiène et de conseil supérieur de l'Assistance. Il est composé de techniciens et de représentants de divers groupements algériens susceptibles d'apporter des avis compétents.

D'une façon permanente, ce conseil supérieur est représenté auprès de la Direction de la Santé publique par une commission technique composée d'un nombre réduit de membres habitant Alger.

Des commissions spéciales, composées de techniciens, sont prévues pour étudier les questions techniques et préparer des programmes d'action.

Enfin, le Directeur de la Santé publique pourra être assisté de hautes personnalités médicales pouvant l'aider de leurs conseils dans leurs spécia-

lités respectives. Ils porteront le titre de « conseiller sanitaire technique ».

Le titre III transforme l'ancienne dénomination « Inspection générale administrative de l'Assistance publique » en celle d'« Inspection générale administrative de la santé publique ».

Le titulaire du poste ajoutera à son rôle antérieur, le contrôle des divers établissements de l'Assistance, y compris les Magasins généraux d'approvisionnement.

Les deux fonctions qui étaient du ressort de l'Inspection médicale de l'Assistance indigène sont séparées, chacune devant constituer un service autonome, pourvu d'un titulaire différent.

Le titre IV définit les attributions du Directeur de la Santé publique. Il a un rôle de direction et de coordination. Il coordonne d'abord l'activité des différents services qu'il dirige, et il établit une liaison entre la Santé publique et les services de la Santé de l'Armée et de la Marine, ainsi qu'avec les œuvres privées.

Le titre V fixe les attributions des Inspecteurs d'hygiène et des Inspecteurs d'assistance.

Les arrêtés annexes portent:

1° Sur l'organisation intérieure de la Direction de la Santé publique;

2° Sur la constitution du Conseil supérieur et de la commission permanente de la Santé publique.

Le premier des deux règle les attributions des différentes sections créées, nous l'avons vu, pour éviter la confusion dans le travail.

Le deuxième arrêté précise la composition du Conseil supérieur de la Santé publique, né de la fusion des deux conseils supérieurs d'hygiène et

de l'Assistance qui existaient antérieurement. Les personnalités destinées à constituer ce Conseil sont choisies dans les trois départements.

Conformément aux dispositions contenues dans l'arrêté que nous venons de commenter, les questions soumises aux différentes sections créées ont été étudiées par les commissions consultatives techniques créées à cet effet.

Elles sont au nombre de huit:

Commission consultative des hôpitaux.

Commission consultative de l'Assistance médicale indigène.

Commission consultative de la tuberculose.

Commission consultative de la protection maternelle et infantile.

Commission consultative des maladies vénériennes.

Commission consultative des maladies des yeux.

Commission consultative des maladies mentales.

Commission consultative du cancer.

Deuxième Partie

ASSISTANCE HOSPITALIERE

La commission consultative des hôpitaux a déjà étudié:

1° Le projet de statut du personnel secondaire des hôpitaux;

2° Le même statut du personnel des Magasins généraux.

Ces deux études sont en cours de ratification par le Gouverneur général.

Elle étudie actuellement:

La répartition du personnel secondaire dans les hôpitaux et une instruction sur le régime du travail de ce personnel, sur sa tenue, sur son enseignement professionnel;

La réglementation des consultations;

La réorganisation du contrôle des hospitalisations.

En dehors de cette question d'ordre intérieur, le cadre général de l'Assistance hospitalière subit de profonds changements du fait de la cession des hôpitaux militaires à l'autorité civile.

La convention intervenue entre les deux administrations a pour résultats immédiats:

La cession à la colonie de 25 hôpitaux militaires;

La construction de 9 hôpitaux civils (3 mixtes et 6 civils);

La transformation de 2 hôpitaux civils existant, en mixte;

Le prélèvement de quelques lits militaires sur un hôpital auxiliaire.

Les vingt-cinq hôpitaux militaires se répartissent ainsi:

Neuf à transformer en hôpitaux mixtes:

Département d'Alger: Aumale, Médéa, Orléansville;

Département d'Oran: Mascara, Mostaganem, Tiaret;

Département de Constantine: Batna, Guelma, Souk-Ahras.

Neuf, civils, avec quelques lits militaires:

Département d'Alger: Cherchell, Dellys, Ténès;

Département d'Oran: Nemours;

Département de Constantine: Aïn-Beïda, Biskra, Bordj-bou-Arréridj, La Calle, Tébessa.

Six exclusivement civils:

Département d'Alger: Bou-Saâda;

Département d'Oran: Arzew, Bossuet, El-Aricha, Sebdou;

Département de Constantine: Kenchela.

Les neuf hôpitaux à créer se répartissent:

Trois hôpitaux mixtes:

Département d'Alger: Miliana, Tizi-Ouzou;

Département d'Oran: Tlemcen.

Trois civils, avec quelques lits militaires:

Département d'Alger: Fort-National, Téniet-el-Hâad (hôpital militaire);

Département de Constantine: Djidjelli.

Trois exclusivement civils:

Département d'Alger: Blida;

Département d'Oran: Sidi-bel-Abbès;

Département de Constantine: Sétif.

Les deux hôpitaux existant, à transformer en mixtes :

Bône, Bougie.

L'hôpital auxiliaire où prélever des lits militaires: hôpital de Marnia.

Cette organisation laissera à l'Armée:

2.990 lits dans 9 hôpitaux militaires,

681 lits dans 14 hôpitaux mixtes,

98 lits dans 13 hôpitaux civils;

Soit, au total: 3.849 lits, en tenant compte des 80 lits qui ont toujours existé à l'hôpital de Philippeville.

L'armement hospitalier civil s'accroîtra de 3.626 lits.

La réorganisation hospitalière résultant de ces dispositions, permet de présenter le schéma suivant:

A Alger, le groupement des hôpitaux civils, avec ses cliniques d'enseignement, ses laboratoires, ses services spécialisés;

Dans les chefs-lieux, Constantine et Oran: deux grands hôpitaux disposant de laboratoires et de services spécialisés;

Dans chaque arrondissement, un hôpital avec un effectif moyen de 150 lits et comportant :

Un service de chirurgie,

Un service de médecine,

Un service d'ophtalmologie,

Une service de maladies vénériennes,

Un service de tuberculeux,

Une maternité.

Quand la disposition des locaux le permettra, il sera ajouté une section de vieillards, avec :

Une salle commune pour les hommes,

Une salle commune pour les femmes,

Et des chambres séparées pour quatre ou cinq vieux ménages.

Ces sections donneront la possibilité de conserver les vieillards à proximité de leurs foyers d'origine et de ne pas trop les éloigner de leurs attaches familiales. De plus, elles assureront aux hôpitaux un effectif régulier qui compensera les oscillations des mouvements de malades.

Chaque établissement sera doté d'un service opératoire et de radio, d'un petit laboratoire clinique et d'un service de consultations externes.

Des hôpitaux régionaux sont prévus dans les centres importants, assez éloignés d'autres grands établissements hospitaliers.

Ils doivent comprendre des services de médecine, de chirurgie, de maternité et des consultations extérieures.

Des sections de vieillards seront organisées dans ceux dont les locaux seront assez vastes et laissent des disponibilités suffisantes.

Des établissements à destination spéciale sont envisagés en quelques hôpitaux qui paraissent particulièrement indiqués pour permettre des cures climatiques ou pour grouper certaines catégories d'infirmes. Cette destination est à l'étude.

L'utilisation de certains hôpitaux comme préventoria ou comme hôpitaux marins, pour le traitement des tuberculoses externes complèterait en effet l'organisation hospitalière. De même, les établissements d'altitude pourraient jouer le rôle de sanatoria.

Dans les hôpitaux régionaux, les interventions chirurgicales seront pratiquées par des équipes constituées aux chefs-lieux du département ou de

Plan de Réorganisation Hospitalière de l'Algérie

LEGENDE

Hop.ax Civil — Hop.ax Mixte — Hop.ax à Creer

Infirmerie

Hop.ax Auxres — Hop.ax Privé

1er Echelon — Hop.x Départx
- Hopitaux de chef lieu de départt
- et Hopitaux secondaires de Cercles

2e Echelon — Hop.x d'Arrondisst
- Hopitaux d'Arrondisst

3e Echelon — Médecine de Colonisation
- Hopitaux auxres et Infirmeries
- Salles de Consultations Indigènes
- Postes Sanitaires Mobiles

Hopitaux Régionaux

Département d'Oran

Hopital d'Oran

Relizane

St. Denis du Sig

Tlemcen — Bel. Abbes — Mascara — Mostaganem

+++ . +++ . +++ . +++

Tiaret — Nemours — Bossuet

Arzew — Mamia — Sebdou

Teniet. El. Haad.

Département d'Alger

Marengo — Hopital d'Alger — Douira

Beni. M'sous — Boufarik

El. Affroun — Menerville

Orléansville — Miliana — Médéa — Tizi. Ouzou

+++ . +++ . +++ . +++

Bou. Saada — Aumale — Blida — Fort National

Cherchell — Teniet — Setif

St. Eugène Michelet — St. Elisabeth St. Cie des Arraes

Département de Constantine

Hopital de Constantine

Oued. Athemenia

Bone — Philippeville — Bougie — Guelma — Setif — Batna

+++ . +++ . +++ . +++ . +++ . +++

St. Abras . La calle . Tebessa . Djidjelli .

Djn. Boida . Kenchela . B. B. Arreridj

Akbou — Lavigerie Biskra — Ft. Arrouch

l'arrondissement et amenées à pied-d'œuvre par une automobile sanitaire.

Le tableau de la nouvelle organisation hospitalière que nous figurons ici, montre la répartition des différentes formations et la liaison qui doit exister entre elles.

Pour l'exécution de ce programme, les Délégations financières ont prévu un total de 64.786.000 francs répartis en quatre tranches.

Voici le tableau des ressources hospitalières de l'Assistance, arrêté à la date du 31 décembre 1933 :

Hôpitaux:

3 hôpitaux coloniaux principaux.	Alger, Oran Constantine.
3 hôpitaux coloniaux annexes.	Birtraria, El-Kettar, Parnet.
12 hôpitaux coloniaux secondaires.	Boufarik, Douéra, Marengo, Ménerville, Akbou, Bône, Bougie, Philippeville, Souk-Ahras, Aïn-Témouchent, Relizane, St-Denis-du-Sig.
2 hôpitaux coloniaux communaux.	Mila et Oued-Athménia.
4 hôpitaux privés subventionnés.	Biskra, Michelet, St-Cyprien-les-Attafs, El-Affroun.
Vieillards et incurables: 4 hospices de vieillards autonomes.	Bône, El-Arrouch, Oran, Philippeville.
7 sections d'hospitalisation dans les hôpitaux.	Boufarik, Douéra, Marengo, Ménerville, Akbou, Constantine, Souk-Ahras.
1 hospice départemental.	Misserghin.

3 hospices privés.	Basilique d'Hippone, Ben-Amour (Oran), Sidi-Lahssen (Tlemcen).
Tuberculose: 1 préventorium marin.	Matifou.
Assistance indigène.	79 hôpitaux auxiliaires, 6 infirmeries, 35 postes de consultations rurales.
Ecoles.	1 école de sourds-muets, 1 école d'infirmiers et d'infirmières d'hôpital.
	1 école d'infirmières-visiteuses de protection maternelle et infantile.
Ravitaillement.	1 pharmacie centrale d'approvisionnement.
En cours d'aménagement	Hôpital colonial de Djidjelli, Groupe d'assistance de Beni-Messous, Hospice indigène de St-André de Mascara, Hôpital de Mostaganem.
En construction.	Hôpital d'arrondissement à Miliana.
En cours d'étude.	Hôpitaux de Tlemcen et Sidi-bel-Abbès, Préventorium de La Calle.

Troisième Partie

ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE

Conformément à la méthode de travail instituée, l'étude des questions d'organisation et de fonctionnement qui se rapportent à la médecine de colonisation et l'assistance médicale indigène, a été confiée à une commission.

Celle-ci a réorganisé le statut des médecins de colonisation et celui des auxiliaires médicaux.

Elle étudie actuellement :
le régime des hôpitaux auxiliaires et des infirmeries indigènes;
le plan type des formations sanitaires indigènes.

En conclusion des travaux de cette commission, le Gouverneur général a réglé le nouveau statut des médecins de colonisation par un arrêté en date du 13 avril 1934.

Cet arrêté supprime la distinction faite autrefois en circonscriptions ordinaires et circonscriptions rurales. Il maintient, par contre, l'indemnité aux postes dits « déshérités » et il fixe les nouveaux traitements de 17.500 francs pour la 4e classe à 36.000 francs pour la première hors classe.

L'arrêté qui fixe le statut des auxiliaires médicaux va paraître incessamment.

Il n'apporte pas de modifications en ce qui touche le mode de recrutement et les conditions d'admission à l'école.

Par contre, le titre « d'adjoints techniques indigènes de la santé publique substitue celui d'auxiliaires médicaux.

Les nouveaux traitements sont répartis en sept classes. Ils vont de 11.500 francs pour la 4e classe à 19.000 francs pour la classe principale exceptionnelle. L'indemnité annuelle allouée aux stagiaires est fixée à 10.500 francs.

L'article 12 de l'arrêté stipule que les adjoints techniques de 1re classe ne peuvent être nommés adjoints principaux de 2e classe qu'à la suite d'un examen d'aptitude dont le programme sera fixé ultérieurement.

L'article donne la composition suivante à la commission centrale chargée de dresser le tableau d'avancement.

Président: un conseiller du Gouvernement;

Membres: le Directeur de la Santé publique, le sous-directeur adjoint administratif au directeur de la Santé publique, un inspecteur départemental d'hygiène, un adjoint technique principal de la Santé publique élu par ses collègues.

Un fonctionnaire de la Santé publique (services administratifs) assure les fonctions de secrétaire. En outre, l'arrêté définit le rôle des adjoints techniques indigènes de la Santé publique, de la manière suivante :

1° Assister les médecins dans les formations sanitaires de la Santé publique;

2° Vulgariser parmi les indigènes les notions élémentaires d'hygiène et veiller à leur application dans les groupements indigènes;

3° Donner, en l'absence du médecin, les premiers soins d'urgence aux malades et aux blessés;

4° Dépister les maladies endémo-épidémiques, appliquer les premières mesures de prophylaxie et en rendre compte, sans délai, aux médecins;

5° Effectuer des tournées dans certains centres ou douars, suivant les instructions du médecin, qui, d'une manière générale, peuvent utiliser la collaboration des adjoints techniques indigènes, suivant les besoins du service et au mieux des intérêts de la population de leur circonscription.

Les Infirmières-Visiteuses coloniales du Service de l'Assistance aux Mères et aux Nourrissons

La nouvelle organisation n'apporte aucune modification dans les conditions d'admission à l'école, ainsi que dans le régime de l'école et dans l'enseignement.

Les nouveaux traitements vont de 9.000 francs, pour la classe des stagiaires à 15.000 francs pour la hors classe.

Le rôle suivant est assigné aux infirmières visiteuses.

a) Pendant les consultations :

L'infirmière-visiteuse assiste le médecin, prépare les consultants pour l'examen médical, note les prescriptions et en précise la portée à ceux qui sont chargés de les appliquer. Elle donne les soins immédiats indiqués par le praticien, ainsi que les conseils d'hygiène nécessaires.

En ce qui concerne les femmes indigènes, et étant donné que le médecin ne peut prétendre s'imposer si elles expriment le désir d'être visitées par la seule infirmière, il appartient au médecin de se retirer. Il est ensuite du domaine de l'infirmière de lui rendre compte de ses observations et de lui demander toutes instructions utiles au sujet du traitement à faire suivre à la malade. Selon

les cas, le médecin pourra, sur les indications de l'infirmière, établir l'ordonnance nécessaire;

b) En dehors des consultations :

L'infirmière visiteuse cherche à dépister les malades atteints de syphilis, de tuberculose, de cancer, de trachôme, etc... Elle prodigue, dans les intérieurs, aux femmes et aux enfants, les soins que toute infirmière peut et a le devoir de donner.

Elle peut pratiquer les vaccinations sur autorisation du médecin;

c) A l'hôpital auxiliaire :

Elle assure le service des femmes.

Formations sanitaires

Les médecins de colonisation, à l'effectif de 112 sont répartis en 107 circonscriptions médicales, pourvues chacune soit d'un hôpital auxiliaire, soit d'une infirmerie, soit de salles de consultations rurales, soit de postes sanitaires avancés.

Les hôpitaux auxiliaires sont au nombre de 80. De 12.339 en 1931, le chiffre des hospitalisations est passé à 14.521 en 1932.

Les infirmeries sont au nombre de 20 ; elles ne font que du service ambulatoire.

Les salles de consultations rurales sont destinées aux soins que donnent les médecins de colonisation aux malades des douars dans le cours de leurs tournées. Elle sont installées auprès des grands marchés et aux nœuds de communication, à proximité des principaux groupements.

Ces salles sont de construction récente et vont être multipliées.

Enfin, des postes sanitaires avancés viennent d'être prévus au milieu des groupements indigènes; ils seront confiés à des auxiliaires médicaux et constitueront, en quelque sorte, une antenne du médecin de colonisation poussée vers les douars, d'après ses directives et permettant sur la population une action continue, qui, jusqu'à présent, a été impossible.

Le rôle de ces postes élémentaires sera :

— d'assurer, sans retard, les soins d'urgence aux malades et blessés en attendant l'arrivée du médecin;

— de dépister les maladies épidémiques et prendre les premières mesures de défense;

— de vulgariser parmi les populations indigènes les notions de l'hygiène courante et d'en surveiller l'application.

Quatrième Partie

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Un programme détaillé de lutte contre la tuberculose a été établi par la commission consultative de la tuberculose à l'aide des sous-commissions qu'elle a constituées et dont les rapports largement discutés ont donné lieu à des conclusions consacrées officiellement par un arrêté gubernatorial du 25 avril 1933.

Le professeur Léon Bernard a participé aux travaux de cette commission.

Les services chargés de réaliser ce programme sont ainsi organisés.

A l'échelon du Gouvernement général, le Directeur de la Santé publique est chargé de préparer les mesures d'ordre général, de veiller à leur application, de centraliser, de coordonner les résultats pour l'ensemble de l'Algérie.

Il est assisté :

1° par des conseillers sanitaires techniques, choisis parmi les sommités médicales faisant autorité en matière de tuberculose;

2° par une commission consultative de la tuberculose;

3° par l'office algérien de médecine préventive et d'hygiène, chargé spécialement du service de vulgarisation, de propagande et d'éducation, ainsi que de la liaison avec les œuvres privées.

Il est en relations étroites :

Avec les conseillers sanitaires techniques du Ministère de la Santé publique;

Avec le Comité National de défense contre la tuberculose;

Avec l'Union Internationale contre la tuberculose.

A l'échelon du département, l'Inspecteur départemental d'hygiène, en collaboration intime avec la division préfectorale chargée de la santé publique, prépare l'exécution des mesures, vérifie leur application et centralise tous les renseignements techniques à présenter au Préfet ou à adresser à la Direction de la Santé publique.

Il est aidé, pour toutes les questions de médecine sociale, par un office départemental d'hygiène sociale.

Cet office est un organisme polyvalent dont l'action s'étend sur tout le département et qui, en liaison étroite avec les services officiels d'hygiène, d'assistance, de prévoyance et les œuvres privées, développe les moyens de lutte contre les fléaux sociaux, notamment la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies vénériennes, le trachôme, le cancer, etc...

Les offices départementaux d'hygiène sociale sont en formation sur le modèle de ceux qui fonctionnent en Meurthe-et-Moselle et en Seine-et-Marne.

Une de leurs tâches consiste à créer des dispensaires et à en assurer le fonctionnement. Pour la question de la tuberculose ces dispensaires sont des formations de diagnostic, de triage et d'éducation.

Pourvus d'un matériel élémentaire de radiologie et de laboratoire, ils sont destinés à assurer le dépistage de la tuberculose.

Ce service est complété par les différents services de traitement.

Le traitement ambulatoire est assuré, en principe, dans les consultations externes des services hospitaliers, il doit être appliqué également dans les dispensaires.

Dans les hôpitaux auxiliaires, il est rattaché au service des consultations gratuites journalières qui y sont données.

Les centres de traitement sont constitués d'abord par les formations hospitalières existant actuellement.

Des pavillons ou des salles spéciales sont prévus dans la proportion de 10 % environ du total des lits dans tous les hôpitaux ordinaires pour les tu-

berculeux qui ne peuvent être évacués sur les centres de traitement.

A Alger: le pavillon de l'hôpital de Mustapha est achevé. La capacité est de 80 lits. La réfection de l'hôpital de Birtraria, en voie d'achèvement, augmentera de 150 le nombre des lits pour tuberculeux.

L'hôpital de Douéra, avec ses 124 lits pour enfants atteints de tuberculose osseuse et ganglionnaire, provenant de la clinique chirurgicale de Mustapha complète cet ensemble.

Quand l'hôpital marin actuellement en cours d'organisation à Djidjelli sera en état de recevoir les enfants, il sera en liaison étroite avec le service de Douéra pour continuer le traitement des chroniques ayant besoin de cure marine.

A l'hôpital de Constantine, le pavillon de 80 lits construit sur le plateau qui surplombe l'hôpital au milieu des pins est achevé ; le pavillon de 40 lits déjà affecté aux tuberculeux, conserve encore la même affectation.

L'ensemble constitue un excellent centre de traitement. Un pavillon pour tuberculeux est en construction à l'hôpital de Bône.

Des salles de 4 à 8 lits donnant un total de 20 lits sont en cours d'aménagement à l'hôpital de Philippeville.

A l'hôpital de Bougie, un service de 16 lits est en fonctionnement.

Dans le département d'Oran, il existe :

52 lits de tuberculeux à l'hôpital d'Oran.

10 lits de tuberculeux à l'hôpital d'Aïn-Témouchent.

6 lits de tuberculeux à l'hôpital de Relizane.

Il est prévu à l'hôpital d'Oran un service de tuberculeux de 80 à 100 lits qui pourra être commencé en 1935.

La construction de deux sanatoriums est prévue. Pour le département d'Alger, il sera édifié sur le plateau de Rivet, l'emplacement primitivement choisi, Saint-Ferdinand, ayant été abandonné.

Pour Oran, la municipalité a l'intention d'édifier un hôpital-sanatorium de 150 lits dans la forêt des planteurs.

En attendant que l'Algérie soit dotée de ces centres de traitement, les envois dans les centres de la Métropole continuent à être prévus. En 1932, les crédits pour l'envoi de ces malades étaient de 800 mille francs; ils sont passés pour 1933 à la somme de 1.100.000 francs et ramenés à 1.000.000 pour 1934.

Ces dépenses ne représentent qu'un tiers de la dépense, les deux autres tiers devant être supportés à parties égales par le département et les communes.

Les préventoriums sont destinés aux enfants déjà atteints (réaction positive à la tuberculine), mais dont l'infection au début, ne présente que des lésions frustes, le plus souvent ganglionnaires, sans réaction fébrile en danger de contagion.

Le préventorium de Matifou, à Alger, dispose actuellement de 116 places.

Le programme à réaliser comporte dans chaque département un préventorium marin et un préventorium d'altitude.

Pour le département de Constantine, le préventorium marin sera installé à l'hôpital militaire de La Calle; le préventorium de plateau à l'hôpital militaire de Souk-Ahras.

Dans le département d'Oran, une étude prévoit l'installation du préventorium marin sur la plage d'Aïn-el-Turk.

Pour le préventorium de plateau, la cession de l'hôpital de Frenda a été demandée au département de la guerre.

L'expérience a montré les difficultés en Algérie, du placement familial, mais ainsi que le fait l'œuvre Grancher à Alger, il est possible d'envisager un placement collectif sous forme d'internat pour les enfants de 3 à 13 ans, issus de parents tuberculeux, mais qui sont sains.

Ces fondations sont à étendre à Constantine et Oran.

Elles sont une des solutions au problème de la prophylaxie, qui en comportent beaucoup d'autres.

Prophylaxie. — Les mères tuberculeuses sont à surveiller d'une façon spéciale dans les consultations prénatales et à suivre à domicile par les infirmières visiteuses sociales; dans les maternités, une ou deux chamrbres d'isolement sont à prévoir à leur intention. Ces mesures, ainsi que celles à appliquer pour la protection des nourrissons de la première et de la deuxième enfance, sont englobées dans le chapitre de la protection de la « mère et de l'enfant »; nous en parlerons par la suite.

Pour ce qui est du domaine propre de la tuberculose, il est proposé d'intensifier l'application du B. C. G. sous-cutané ou buccal à tous les âges de l'enfance.

Un crédit de 900.000 francs a été alloué à l'Institut Pasteur, pour la construction d'un laboratoire spécial du B. C. G. Un crédit annuel de 325.000 fr. aidera au fonctionnement de ce laboratoire.

Mesures propres à la population indigène

Nous avons vu précédemment que la tuberculose fait des progrès sensibles parmi les indigènes.

Du fait de leur contact de plus en plus fréquents avec les milieux urbains contaminés, soit en Algérie, soit dans la Métropole; du fait également des conditions défectueuses de l'hygiène de l'habitat et de l'alimentation.

Les mesures à prendre sur ces dernières questions sont d'ordre administratif proprement dit. Elles sont nécessaires pour asseoir la médecine sociale sur des bases solides.

Les mesures d'ordre sanitaire visent le contrôle sanitaire des travailleurs employés à l'extérieur, et la protection des foyers d'origine.

Avant le départ d'Algérie, les travailleurs doivent fournir à la visite de contrôle au port d'embarquement, un certificat spécifiant qu'ils ont une aptitude physique suffisante et qu'ils ont subi la vaccination sous-cutanée au B. C. G. après une cuti-réaction négative.

Les services médicaux de la santé maritime passent une visite de contrôle et pratiquent la vaccination anti-variolique.

Pendant le séjour en France: rien n'a été réglé expressément. Les travailleurs pourraient être soumis à une visite de dépistage, tous les deux mois, par des médecins qualifiés.

Au retour en Algérie, les travailleurs sont visités par le médecin sanitaire maritime. Une deuxième visite est passée par le médecin de la localité où réside le travailleur.

La question de la création des fondouks sanitaires, envisagée depuis longtemps déjà, n'est pas réglée.

Pour protéger les foyers d'origine: la pratique du B. C. G. sera étendue à tous les nourrissons, puis peu à peu, dans la mesure du possible, à toutes les personnes qui ne présentent pas une cuti-réaction positive.

En ce qui concerne le traitement, la question a été envisagée. La seule particularité résultant du cadre spécial qui constitue l'assistance indigène, est la destination de certains lits des hôpitaux auxiliaires ou des infirmeries au traitement des cas aigus de tuberculose.

Cinquième Partie

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Une instruction du Gouverneur général du 18 janvier 1934 a réglé les détails de cette organisation.

L'étude d'une question aussi vaste et aussi spéciale, a imposé à la commission consultative de fragmenter son travail en de nombreuses sous-commissions.

Ce sont les conclusions adoptées par ces différents organismes que nous allons exposer.

L'organisation générale des services chargés de réaliser le programme comporte le même schéma que nous avons vu.

A l'échelon du Gouvernement général, le directeur de la santé publique,

assisté :

1° par des conseillers sanitaires techniques qui sont :

le professeur d'obstétrique de la Faculté de médecine; le professeur de clinique médicale infantile de la Faculté de médecine; le professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine.

2° une commission consultative;

3° par l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène.

A l'échelon du département, l'inspecteur départemental d'hygiène,

assisté :

1° par deux médecins consultants: un accoucheur et un pédiâtre;

2° par l'Office départemental d'hygiène sociale.

L'inspecteur départemental de l'Assistance remplit dans le domaine administratif, auprès du Préfet, le même rôle que l'Inspecteur départemental d'hygiène dans le domaine technique. En plus de ses attributions propres concernant les enfants assistés, il est chargé, dans la mesure des pouvoirs délégués par le Préfet, du contrôle administratif des œuvres et des services relatifs à la protection maternelle et infantile.

Pour mieux coordonner l'action des œuvres privées et officielles, la création du centre de protection maternelle et infantile a été envisagée.

Le centre est urbain ou rural: dans le premier cas il est confié, sous l'autorité du directeur du bureau d'hygiène, quand il existe, à un médecin dont la notoriété en obstétrique et médecine infantile est bien établie ; dans le second il est confié au médecin communal de colonisation.

Tous les services de protection maternelle et in-

fantile de la même ville ou circonscription sont rattachés au centre correspondant, et subissent son contrôle technique.

La protection de la grossesse et de la gestation est assurée :

— par les consultations pré et post-natales.

— par l'assistance pendant l'accouchement.

— par l'assistance du nouveau-né.

Les consultations pré-natales ont pour objet de contrôler l'état de la femme enceinte, de prévenir les accidents de dystocie, de combattre la mortinatalité et d'enseigner à la mère les notions d'hygiène qui sont indispensables pour elle et pour son enfant.

C'est un des rôles des sages-femmes et des infirmières-visiteuses d'y amener peu à peu les jeunes mères.

Les femmes en couches sont assistées :

dans les maternités,

à domicile.

Les maternités existent dans les hôpitaux principaux d'Alger, d'Oran et de Constantine, totalisant un nombre de 258 lits pour les services de la maternité et 229 pour les enfants.

On sait que suivant le plan de réorganisation hospitalière, chaque hôpital d'arrondissement comportera une maternité avec 10 ou 12 lits, un service d'enfants avec 15 ou 20 lits.

A la sortie des maternités, l'aide nécessaire sera assurée par une infirmière-visiteuse du service social.

Dans les circonscriptions rurales qui n'ont pas de maternité, l'assistance aux femmes en couche

ne peut se faire qu'à domicile. Elle est du ressort des infirmières visiteuses coloniales dont le nouveau programme d'étude est orienté dans ce sens.

La protection du nourrisson jusqu'à 30 mois est assurée pour le nourrisson bien portant:

dans les consultations, gouttes de lait,

dans les crêches,

dans les pouponnières,

dans les centres d'élevage ou de placement familial.

Les nourrissons malades sont examinés dans les consultations spéciales d'enfants organisés dans les dispensaires municipaux ou privés et dans les services hospitaliers d'enfants.

Les soins leur sont donnés soit à domicile par l'infirmière sociale, soit à l'hôpital.

Pour les nourrissons du cadre des enfants assistés, il est à prévoir des pouponnières dépositoires où ils sont conservés jusqu'à la possibilité d'un placement familial offrant toutes les garanties désirables.

Protection de l'âge scolaire

Les mesures spéciales de surveillance relèvent ici de l'Administration et l'initiative privée.

L'Administration a à sa charge:

L'Inspection médicale scolaire.

Ce service a pour objet:

— La préservation de la santé et le développement physique des écoliers.

— L'hygiène et la salubrité des locaux.

— La pratique de l'hygiène par les écoliers.

Les médecins chargés de cette inspection doivent être assistés d'une infirmière-visiteuse, d'une assistante bénévole ou d'une institutrice pour donner les petits soins nécessaires, veiller sur la tenue hygiénique, aller à domicile faire les enquêtes utiles et renseigner les parents.

Les colonies de vacance, œuvres privées, doivent augmenter leur champ d'action avec l'aide de l'Administration.

Pour compléter utilement la protection de l'enfance, il convient de développer le service social à domicile.

Dans les circonstances rurales, il fonctionne déjà avec les infirmières-visiteuses coloniales, dans les villes il peut être rattaché à tous les services de protection de l'enfance: crêches, écoles, etc...

Le rôle des infirmières-visiteuses consiste à donner des conseils dans les familles, guider les mères et s'assurer que les soins présents sont bien exécutés, à contrôler les conditions de l'hygiène et de l'existence dans le milieu familial en vue de les améliorer ou de provoquer l'envoi au préventorium des enfants menacés par la tuberculose, à dépister les malades et les diriger sur les consultations où ils recevront les soins dont ils ont besoin.

Les enfants anormaux, actuellement disséminés dans les établissements de Saint-Cyprien-les-Attafs, Philippeville, El-Arrouch, seront rassemblés à l'hôpital psychyâtrique de Blida, dès que leur quartier sera achevé.

Mesures spéciales à la population indigène

La grosse question ici est celle des accouchements. Ils sont ordinairement pratiqués par des parentes ou amies n'ayant aucune notion d'obstétrique ou d'hygiène.

Il faudra un long temps avant que le nombre des sages-femmes soit assez élevé pour faire face aux besoins de toute la population. En attendant, il faut choisir sur place des éléments bien dressés acceptant de se laisser diriger et susceptibles de se faire entendre dans les milieux musulmans les plus fermés. Ces éléments fournis par la population elle-même sont:

Les infirmières-visiteuses indigènes;

Les matrones améliorées.

Les unes et les autres devant rester sous le contrôle des médecins.

Une école d'infirmières-visiteuses indigènes organisée au dispensaire de la S. S. B. M. d'Alger est sur le point de terminer la formation de 5 élèves.

Des essais d'éducation des matrones ont été faits à Taher par le Docteur Pagès, et à Guelma, par le Docteur Lakdari.

Ces essais sont à étendre.

Nous avons vu dans ce chapitre, l'importance du rôle confié aux infirmières-visiteuses européennes.

Que ce soit dans les consultations des dispensaires, consultations pré et post-natales, nourrissons, tuberculose, etc..., que ce soit à l'intérieur en assurant le service social par l'assistance aux mères, aux nouveaux-nés, enquête de dépistage, elles sont un des pivots de l'organisation. Leur éducation professionnelle doit être adaptée à la grandeur et à la multiplicité du rôle qui leur incombe.

Sixième Partie

LUTTE CONTRE LES MALADIES VENERIENNES

Pour réaliser le programme tracé par la Commission consultative des maladies vénériennes et ses six sous-Commissions, l'organisation comporte en ce qui concerne la direction:

A l'échelon du Gouvernement général, le Directeur de la Santé publique, assisté :

1° Par un Conseiller technique, qui est le professeur des maladies vénériennes et cutanées, à la Faculté de médecine;

2° Par une Commission consultative des maladies vénériennes et cutanées;

3° Par l'Office algérien de Médecine préventive et d'Hygiène.

A l'échelon du département, l'Inspecteur départemental d'hygiène assisté:

1° Par un spécialiste consultant, faisant fonction d'inspecteur spécialiste du département;

2° Par l'Office départemental d'Hygiène social.

Le personnel d'exécution comporte :

Des médecins spécialistes,
Des médecins non spécialistes,
Des auxiliaires médicaux,
Des infirmiers et infirmières de traitement,
Des infirmières d'assistance sociale.

Les auxiliaires médicaux peuvent, dans le cours de leurs tournées dans les douars, donner aux indigènes atteints, les soins les plus élémentaires.

Les infirmières d'assistance sociale sont utiles surtout pour maintenir la liaison avec le centre de traitement des malades anciens.

Un enseignement pratique, d'une dizaine de jours, sera organisé tous les ans, à la clinique des maladies vénériennes, et réservé aux médecins.

Un cours de perfectionnement identique est prévu pour les auxiliaires médicaux, et pour les infirmiers et infirmières.

SERVICES DE TRAITEMENT

Les Services de Traitement comprennent:

Des services hospitaliers,

Des services ambulatoires.

Services hospitaliers. — Des services de dermato-vénérologie, existent dans les hôpitaux principaux d'Alger, Oran, Constantine.

Celui d'Alger, installé dans la clinique d'enseignement de la Faculté, représente le siège social central de la lutte.

Ceux d'Oran et de Constantine, sont des services complets, permettant tous les traitements.

Dans les hôpitaux, des sous-préfectures, on ne trouve de Services organisés qu'à Bougie et à Philippeville; les autres seront organisés dans les hôpitaux en création. Ils comporteront 15 à 20 lits pour les hommes, les femmes étant admises, suivant les cas, dans les Services de médecine ou de gynécologie.

SERVICES AMBULATOIRES

Le Service ambulatoire est assuré, dans les consultations qui sont données :

A Alger, à l'hôpital de Mustapha;

Dans les dispensaires polyvalents et monovalents municipaux ou privés des villes;

Dans les consultations des hôpitaux auxiliaires.

Le dispensaire central de Mustapha est en même temps un centre actif de propagande et d'éducation par publication de tracts, de brochures, d'affiches, et par l'organisation de conférences.

Il groupe les statistiques et documents techniques relatifs à la lutte anti-vénérienne et prépare les instructions techniques pour les médecins dans les trois départements, constituant ainsi une antenne avancée de la Direction de la Santé publique qui suit les efforts de tous et les oriente dans le sens qui convient.

Les dispensaires de traitement des maladies vénériennes existent déjà dans la plupart des villes, soit à la charge de la Municipalité, soit à la charge de l'initiative privée.

Ils sont à généraliser; mais, pour éviter des frais trop élevés, il convient d'adopter la forme de dispensaires polyvalents, avec salles et matériels propres, nécessités par le traitement de la syphilis et de la blennorrhagie.

Dans les hôpitaux auxiliaires, le traitement est assuré dans les locaux ordinaires des consultations.

Dans les ports, pour répondre à l'arrangement international de Bruxelles, du 1er décembre 1924, les Directeurs de la Santé Maritime doivent faire préparer par leur Service des fiches de renseignements portant l'adresse des services de traitement, l'itinéraire pour s'y rendre, ainsi que les jours et heures de fonctionnement.

Méthodes de prophylaxie.

Ces méthodes comprennent :
L'éducation du public,
La prophylaxie individuelle,
Le dépistage et le traitement du réservoir.

Le soin d'éduquer le public revient à l'Office Algérien de Médecine préventive et d'Hygiène, ainsi qu'aux Offices départementaux d'hygiène sociale.

Le but de la propagande doit être de faire pénétrer dans tous les milieux, et par tous les moyens possibles de vulgarisation (conférences, tracts, films), la notion de gravité des maladies vénériennes. Ceux qui en sont atteints doivent savoir également que la guérison n'est pas spontanée; que les suites sont redoutables pour eux et pour leur-familles et que, sans hésitation, ils doivent recourir au médecin.

Le dépistage et le traitement du réservoir de virus ne sont poursuivis, en l'état actuel de la législation, que sur les femmes qui sont sous le coup de la réglementation de la prostitution.

Les versements faits aux Municipalités, au titre de la visite des prostituées, doivent être consacrés à l'organisation et au fonctionnement de la lutte anti-vénérienne.

Ces ressources doivent permettre d'organiser assez rapidement, dans tous les centres importants, des « maisons de salubrité » qui doivent être des formations modèles de traitement et peut-être de rachat moral.

Lutte contre la Teigne.

Cette lutte sera poursuivie dans le même cadre, avec le même personnel et la même organisation que la lutte anti-vénérienne.

Au dispensaire central d'Alger, un secteur spécial est affecté aux teignes avec un médecin assistant spécialisé.

Le dépistage sera fait surtout dans le cours des inspections scolaires, aux consultations, et pendant les tournées rurales.

Les essais réussis de traitement à l'acétate de thallium, permettent d'envisager l'extension d'un mode de traitement, rapide et économique.

Septième Partie

LUTTE CONTRE LE TRACHOME

Le programme de cette lutte a été tracé par la Commission consultative, divisée en trois sous-Commissions.

L'instruction du Gouverneur Général qui rapporte les conclusions de ce travail, comprend les cinq titres suivants :

I. Organisation générale;

II. Dépistage, prophylaxie, traitement;

III. Nomenclature des produits et du matériel;

IV. Propagande, vulgarisation, éducation;

V. Mesures propres aux Territoires du Sud.

Les organes prévus par le chapitre de l'organisation suivent le schéma constitué pour les autres services que nous venons d'étudier.

A l'échelon du Gouvernement général, le Directeur de la Santé publique, assisté:

1° Par un Conseiller sanitaire technique, qui est le professeur d'ophtalmologie de la Faculté de Médecine;

2° Par une Commission consultative du trachôme (les Territoires du Sud y sont représentés) ;

3° Par l'Office Algérien de Médecine préventive et d'Hygiène.

A l'échelon du Département, l'Inspecteur départemental d'Hygiène, assisté :

1° Par un ophtalmologiste consultant, faisant fonction d'Inspecteur spécialiste du département;

2° Par l'Office départemental d'Hygiène sociale.

En outre, dans l'intérieur de chaque département, le contrôle des spécialistes est représenté par des ophtalmologistes de secteur, chargés du contrôle technique de zônes exactement définies.

Ces spécialistes visiteront, une fois par trimestre, les services de leurs secteurs autres que les services d'hospitalisations spécialisés. Ils donneront sur place tous les conseils pour la campagne à mener et ils assureront les petites interventions nécessaires.

Le personnel d'exécution comprend:

Des médecins spécialistes,

Des médecins non spécialistes,

Des auxiliaires médicaux,

Des infirmières visiteuses coloniales et des sages-femmes;

Des infirmiers et infirmières,

Des collaborateurs bénévoles.

Le dépistage des cas de trachôme, dans les groupements sédentaires ou nomades rentre dans les attributions des auxiliaires médicaux. Les infirmières-visiteuses coloniales dépisteront les cas particulièrement chez les nouveaux-nés, les nourrissons et dans les milieux familiaux.

Les collaborateurs bénévoles sont représentés par les sœurs et les missionnaires, les instituteurs et les institutrices, parfois les chefs d'exploitations industrielles ou agricoles.

Les services de traitement comprennent :

Des Services hospitaliers,

Des Services de consultations,

Des « bit-el-aïnin »,

Des équipes mobiles.

Les Services hospitaliers d'Alger, Oran, Constantine, Philippeville, sont, à l'heure actuelle, seuls pourvus de Services de maladies des yeux.

Dans tous les hôpitaux d'arrondissement ou régionaux en formation, il est prévu, pour les maladies des yeux, une proportion de lits de 10 % de l'effectif total.

Les consultations doivent être multipliées. Elles seront adaptées de préférence aux dispensaires polyvalents, pour les considérations économiques que nous avons exposées.

Les « bit-el-Aïnin » sont à installer soit au milieu des quartiers indigènes des villes, soit à proximité des groupements ruraux. Ils sont sous le contrôle médical permanent, mais les soins donnés, soit par les auxiliaires médicaux, soit par des infirmiers ou des infirmières bien dressés et ne pouvant manipuler que les produits fixés par la nomenclature.

Les équipes mobiles du trachôme constituent des éléments de renfort, qui font partie de la section du trachôme, rattachée à chacune des équipes sanitaires mobiles d'hygiène, dont disposent les Inspecteurs départementaux d'hygiène.

Voici le rôle qui leur a été assigné:

a) Renforcer temporairement les moyens locaux

de lutte contre le trachôme, dans les cas de recrudescence de l'affection et d'insuffisance des moyens de traitement;

b) Assurer, dans certains secteurs dépourvus de moyens propres, des circuits de dépistage et de traitement des trachômateux, dans des conditions suffisantes de régularité et de périodicité pour obtenir un abaissement du taux de l'endémicité.

Le personnel de ces équipes comprend:

1 médecin spécialisé,
1 auxiliaire médical,
1 infirmier ou infirmière.

Le professeur Toulant, a fixé dans une série de principes, l'étiologie du trachôme.

Ces notions sont essentielles pour guider rationnellement la prophylaxie et le traitement.

Le trachôme est contagieux.

La dissémination est aidée et son évolution aggravée par les conjonctivites aiguës.

La contagion se fait par les doigts.

La réceptivité est plus grande chez le nouveau-né et le nourrisson que chez l'adolescent et l'adulte.

Les autres facteurs de propagation sont constitués par le manque d'hygiène et la misère.

La prophylaxie découle de ces notions, elle s'attachera à :

Diminuer le nombre de porteurs de germe:

a) Dans la famille, dans les « Gouttes de Lait », les consultations de nourrissons. Les infirmières-visiteuses aideront beaucoup à ce dépistage;

b) A l'école, ce sera l'œuvre de l'Inspection médicale scolaire;

A surveiller avec soin les épidémies saisonnières de conjonctivites aiguës pour les enrayer.

L'éducation de la population, en répandant l'idée de contagion, d'aggravation et de nécessité des soins, complètera ces mesures.

La charge de cette propagande incombe à l'Office algérien de Médecine préventive et d'Hygiène, aidé, pour les milieux indigènes, des chefs indigènes, des infirmières-visiteuses, sages-femmes, institutrices, sœurs blanches, toutes personnes qui peuvent pénétrer dans les familles et toucher la femme indigène.

Huitième Partie

SERVICE ANTIPALUDIQUE

Quelques modifications ont été introduites dans son organisation.

La Direction générale en est assurée par le Directeur de la Santé publique, sous l'autorité duquel le Service est centralisé dans une section spéciale par un médecin spécialiste du paludisme qui a le titre du chef de Service antipaludique.

Celui-ci est aidé par un sous-chef de bureau et un secrétaire.

Le contrôle technique est confié au Directeur de l'Institut Pasteur.

Le personnel comprend pour chaque département:

1 médecin paludologue, chargé des enquêtes, de la préparation des programmes et de la surveillance de leur exécution dans l'ensemble du département;

Des médecins collaborateurs, choisis sur place, chargés de la surveillance des mesures locales;

Des agents quininisateurs, chargés de distribuer et faire absorber la quinine préventivement;

Des équipes antilarvaires pour exécuter les petites mesures dont le Service antipaludique a la charge.

L'exécution relève de la Direction des travaux publics pour les grandes mesures d'assainissement qui sortent des petits travaux antilarvaires.

ACTION DES MEDECINS MISSIONNAIRES

Elle a consisté :

A continuer la prospection systématique des centres où paraît exister le paludisme;

A surveiller, dans chaque centre de lutte, l'application des mesures de protection prescrites : mesures antilarvaires, quininisation et défense mécanique;

A étudier, au début de l'année, le programme à mettre en application pour la prochaine campagne;

A relever, au début et en fin de campagne, les index endémiques.

En 1932, ont été faites 86 visites et enquêtes pour le département d'Alger, dont :

31 enquêtes pré-épidémiques,

32 visites de contrôle,

23 enquêtes post-épidémiques.

69 visites et enquêtes pour le département de Constantine, dont:

32 visites pré-épidémiques,

22 visites de contrôle,

15 enquêtes post-épidémiques.

146 visites pour le département d'Oran:

56 enquêtes pré-épidémiques,

55 visites de contrôle,

35 enquêtes post-épidémiques.

En 1933, le total des visites effectuées a été de 623 se répartissant ainsi:

Département d'Alger, 186 visites:

25 enquêtes pré-épidémiques,

145 visites de contrôle,

16 enquêtes post-épidémiques.

Département d'Oran, 210 visites:

21 enquêtes pré-épidémiques,

171 visites de contrôle,

18 enquêtes post-épidémiques (non compris 77 visites dans des centres non protégés).

Département de Constantine, 130 visites:

28 enquêtes pré-épidémiques,

80 visites de contrôle,

22 enquêtes post-épidémiques.

Au cours de ces enquêtes, 28.138 enfants ont été examinés au total, dans le but de déterminer les index spléniques et splénométriques des localités étudiées.

Au titre des petites mesures antilarvaires, il a été dépensé: 224.516 francs.

En même temps, l'Office Algérien de Médecine préventive et d'Hygiène a appelé l'attention de tous par ses conférences sur l'importance de la lutte antipaludique.

Les grandes mesures d'assainissement, accompagnées des travaux permettant l'exploitation agricole des terrains assainis, ont été prises par les Travaux publics. Leur importance est considérable

car elles représentent le terme ultime de la mise en état hygiénique de terres qui, seule, peut entraîner la disparition définitive du paludisme.

Sur le crédit de 20 millions spécialement prévu en 1934, au titre du paludisme, il a été employé, à la date du 31 décembre 1933, une somme totale de 13.411.176 francs pour des travaux d'assèchement de terrains, drainage de marais, régularisation d'oueds, etc...

Dans l'ensemble, la campagne antipaludique de 1933 a été menée avec méthode et vigueur.

Il ressort de l'ensemble des 625 rapports, concrétisant l'activité du Service, que si le paludisme a été relativement bénin, cette année, il n'en reste pas moins que le Service a constitué un réseau de protection, capable de s'opposer victorieusement à un réveil de l'endémie.

DEFENSE CONTRE LES EPIDEMIES

Le cadre de l'organisation chargé de ce Service est ici surtout départemental.

Inspecteur départemental d'hygiène assisté du Conseil départemental d'Hygiène ou à la direction.

Ce rôle incombe pour les arrondissements: à la Commission sanitaire d'arrondissement présidée par le sous-Préfet.

Dans chaque commune, cette question rentre dans les attributions du Maire pour les communes de plein exercice; de l'administrateur, pour les communes mixtes.

Le rôle principal dans la lutte, incombe au Service des désinfections. Ce Service comporte un certain nombre de circonscriptions ,à raison de une ou plusieurs, suivant l'étendue, avec autant de médecins délégués que de circonscriptions.

Voici l'organisation des postes de désinfection:

1 poste central avec réserve de désinfectants au chef-lieu du département,

Des postes principaux, des postes secondaires et des postes d'épouillage, desservant chacun un secteur déterminé.

Les chefs de poste sont choisis sur place, parmi les fonctionnaires qui sont bien au courant des opérations de désinfection : auxiliaires - médicaux, gardes-champêtres, brigadiers des douanes, etc...

Des postes d'épouillage et de désinfection sont organisés dans tous les hôpitaux auxiliaires et dans les infirmeries.

Dans le département de Constantine, où le typhus est particulièrement marqué, des postes d'épouillage sont placés sur les routes que prennent les nomades pendant les périodes de transhumance. D'autres fonctionnent sur les confins de la Tunisie et du Maroc, pour surveiller les groupes de travailleurs qui passent d'un pays à l'autre.

Voici la répartition de ces postes :

1° DEPARTEMENT D'ALGER

Alger

Poste central (réserve de produits)

Postes principaux de désinfection : Aumale, Bou-Saâda, Médéa, Miliana, Orléansville, Tizi-Ouzou.

Postes secondaires de désinfection : Castiglione, Cherchell, Dellys, Gouraya, Port-Gueydon, Ténès, Tigzirt, Tipasa.

Dépôts de désinfectants : Blida, Marengo, Bordj-Ménaïel, Aïn-Bessem, Bouïra, Palestro, Boghari, Reibell, Lavigerie, Duperré, Teniet-el-Haâd, Vialar, Beni-Hindel, Flatters, Rabelais, Azazga, Boghni, Fort-National, Michelet.

2° DEPARTEMENT DE CONSTANTINE

Constantine

Poste central (réserve de produits)

Postes principaux de désinfection : Constantine, Khenchela, Canrobert, Tébessa, Batna, Biskra, Bône, La Calle, Bougie, Akbou, Djidjelli, Guelma, Souk-Ahras, Philippeville, Sétif, St-Arnaud, Bordj-Bou-Arréridj.

Postes secondaires et dépôts de désinfectants : Aïn - M'Lila, Châteaudun - du - Rhummel, Condé - Smendou, El-Milia, Oued-Athménia, Oued-Zénati, Oum-el-Bouaghi, Aïn-Beïda, La Meskiana, Aïn-el-Ksar, Aurès, Barika, Belyma, Duvivier, Herbillon, Mondovi, Morrès, Penthièvres, La Calle, El-Kseur, Oued-Marsa, Guergour, Taher, Mansouriah, Oued-Chef, Sédrata, La Séfia, El-Arrouch, Jemmapes, Stora, Collo, Aïn-Abessa, St-Arnaud, Rirka, Bordj-Bou-Arréridj, Bibans.

Postes d'épouillage : Bône, Aïn-Touta, Khenchela, St-Arnaud, Sétif, Souk-Ahras, Tébessa.

3° DEPARTEMENT D'ORAN

Postes principaux de désinfection : Oran, Arzew, Aïn-Témouchent, Tlemcen, Nemours, Sidi-Bel-Abbès, Le Télagh, Mascara, Saïda, Perrégaux, Mostaganem, Cassaigne, Relizane, Tiaret, Inkermann.

Postes secondaires de désinfection : Sebdou, Montagnac, Nédroma, Marnia, Palikao, St-Denis-du-Sig, Zemmora, Montgolfier, Frenda, Trézel, Ammi-Moussa, Renault.

Postes d'épouillage : Aïn-Témouchent, Tlemcen, Sebdou, Montagnac, El-Aricha, Nedroma, Marnia, Sidi-bel-Abbès, Le Télagh, Bedeau, Mascara, Pali-

kao, Saïda, Aïn-el-Hadjar, Le Kreider, St-Denis-du-Sig, Relizane, Zemmora, Tiaret, Frenda, Trézel, Ammi-Moussa.

Les équipes sanitaires mobiles complètent cette organisation sédentaire. Ces équipes sont chargées d'assurer sur place les mesures de défense qui dépassent les moyens des organes locaux de prophylaxie et de désinfection.

A la direction de la Santé publique est rattachée une équipe de réserve sous les ordres immédiats du directeur de la Santé publique, utilisée en renfort sur tout le territoire de l'Algérie.

Le but essentiel des équipes sanitaires étant la prophylaxie et la défense contre les maladies épidémiques ; elles sont spécialement organisées :

pour le dépistage et les examens rapides des cas suspects;

pour le douchage et l'épouillage;

pour la désinfection des effets et objets supposés suspects;

pour la désinfection des locaux contaminés et du matériel qu'ils contiennent;

pour la purification des eaux, etc...

Elles concourrent, en outre, notamment, au début d'une épidémie, à assurer sur place l'isolement et les soins d'urgence des malades, d'où la nécessité d'un certain matériel d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

1 médecin-chef;

1 auxiliaire médical;

1 infirmier ou l'infirmière;

2 chauffeurs.

Nous avons déjà parlé de la section complémentaire du trachôme qui peut être rattachée à chaque équipe.

Neuvième Partie

L'OFFICE ALGERIEN DE MEDECINE PREVENTIVE ET D'HYGIENE

Tout au long de la relation que nous avons faite de l'organisation née du décret du 26 septembre 1932, nous avons vu le rôle important dévolu à l'Office algérien de Médecine préventive et d'hygiène.

Son but principal est comme l'indique le paragraphe 2 de l'article 1er de ses statuts: « d'effectuer « et de favoriser une propagande continue et mé« thodique auprès du public, en vue de lui faire « connaître les mesures d'hygiène et de prophyla« xie nécessaires à la conservation de la santé, à « la lutte contre les causes de nuisances et les ma« ladies sociales et à la préservation de la race. »

En 1932 : 39.567 auditeurs ont été touchés par les conférences et 50.000 brochures ont été distribuées.

En 1933 : les conférences ont été données à 56.158 auditeurs, les tournées ont exigé de totaliser un parcours de 10.372 kilomètres.

On peut dire que l'Office a satisfait à cette partie importante de son programme.

Un des autres buts de cet organisme est d'assurer la liaison entre les Pouvoirs publics, les œuvres privées et le corps médical, afin de pouvoir développer et coordonner par tous les moyens, tous les efforts en vue d'améliorer les conditions d'hygiène et de protéger la santé publique dans l'ensemble de la Colonie.

C'est pour donner plus d'extension à ce rôle qu'a été entreprise la création, dans chacun des trois départements, d'un Office départemental d'hygiène sociale.

L'Office était dans ses débuts rattaché à l'Inspection générale de l'hygiène, la réorganisation en a fait un organisme autonome. Son budget est actuellement alimenté par les subventions de l'administration, le produit de dons ou de legs, les cotisations de ses membres, le produit de la vente des publications concernant l'hygiène et celui des expositions d'hygiène que pourrait organiser l'Office.

Les nouveaux statuts qui régissent la vie de l'Office, lui interdisent d'assurer la gestion d'un organisme.

En conséquence, la direction du centre de santé lui a été retiré. Il est à espérer que cette organisation des centres de santé, si importante pour la question des maladies sociales, n'est pas définitivement abandonnée et sera reprise dans un avenir assez rapproché.

Nous venons de voir les différentes étapes parcourues par les services de la santé publique en Algérie.

Le décret du 16 septembre 1932 parachève l'œuvre accomplie pendant plus de cent ans. L'organisation solide et définitive qu'il donne à ce service de la santé publique, fait de cet organisme, un des plus solides garants de l'avenir du pays.

BIBLIOGRAPHIE

Albou. — Etude sur la tuberculose des travailleurs indigènes Algériens dans les grandes villes. De son expansion des centres vers les campagnes. Thèse, Alger, 1930.

Archives de la Préfecture d'Alger. — Personnel médical des hôpitaux (1832-1874).

(L') Assistance et l'hygiène publiques en Algérie (Gouvernement général de l'Algérie, Direction de l'Intérieur), Imp. J. Carbonel. Alger, 1927.

(L') Assistance publique et les œuvres sociales en Algérie.

(L') Assistance médicale des indigènes. Un siècle d'efforts.

Aubry. — La pathologie nord-africaine. Leçon inaugurale du 6 mars 1929. *Algérie médicale,* mars 1929.

Bendolet et Lafage. — L'Assistance publique en Algérie. Heintz, Oran, 1913.

Bertherand. — Médecine et hygiène des Arabes. Paris, Germer-Baillère, 1855.

Brault. — Pathologie et hygiène des indigènes musulmans. Alger, Jourdan, 1905.

Cange. — Un siècle d'ophtalmologie en Algérie. *Gazette des Hôpitaux,* n° 32. Avril 1930.

Chassevant. — Organisation de la défense sociale contre la tuberculose. *Journal de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord,* n° 3, mars 1926.

Congrès colonial de Paris, 1904 (communication docteur Soulié).

Congrès pour l'avancement des services. Session de Constantine, 1927 (communication docteur Soulié).

Comptes rendus du Bureau municipal d'hygiène d'Alger (collection).

Comptes rendus du Bureau municipal d'hygiène d'Alger (collection).

Delbet-Tcherny. — *Bull. Acad. Médecine,* 20 janvier 1931.

Délégations financières. — Session ordinaire de 1927. Commission interdélégataire de l'Assistance. Rapports parmi lesquels nous mentionnerons ceux de MM. Martineu et docteur Ch. Aboulker. Imp. V. Heintz, Alger, 1927.

Délégations financières (session ordinaire de 1930). — Comptes rendus.

El-Adhi. — L'infection tuberculeuse chez les indigènes musulmans d'Algérie. Thèse, Alger, 1929.

« Faut-il démolir la Casbah? » *Echo d'Alger,* 11 février 1930.

Haspel. — Maladies de l'Algérie. Paris, J.-B. Baillère, 1852.

Hygiène et Pathologie nord-africaine. Assistance médicale, Raynaud, Soulié, Picard. Massa et Cie, 120, bd Saint-Germain, Paris (VI[e]).

Hygiène sociale. — *Algérie médicale,* mars 1927.

Hygiène. — *Afrique du Nord Illustrée,* 9 juin 1934.

Lemaire G. — La tuberculose chez l'indigène musulman d'Algérie. *Sud médical et chirurgical,* 15 septembre 1923.

Legrain E. — Le typhus exanthématique.

Mantout. — Mortalité infantile en Algérie. *Thèse,* Alger, 1914.

Marchioni. — Les tumeurs malignes chez les indigènes d'Algérie. *Thèse,* Alger, 1920.

Montaldo. — Mortalité infantile en Algérie. — Polymortalité et hérédosyphilis chez l'enfant indigène algérien. *Thèse,* Alger, 1932.

Montpellier. — Les tumeurs malignes chez les indigènes d'Algérie. *Soc. de Path. exotique,* 9 avril 1919.

Morax V. et Petit P.-J. — Le trachôme. Paris, J. Morax, édit., 1929.

Mercier M. — Etude sur la crise de la main-d'œuvre en Algérie. Alger, Carbonel, 1929.

Note au Directeur du Commerce, de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale sur les travailleurs nord-africains, 11 juillet 1929.

Publications de la Direction de la Santé (1934):

Notice n° 1. — Effort de l'Assistance médicale en Algérie.

Notice n° 2. — Assistance médicale de la population indigène en Algérie.

Notice n° 3. — L'Assistance médicale dans les Territoires du Sud.

Notice n° 4. — Programme de la protection maternelle et infantile.

Notice n° 5. — Programme de lutte contre le trachôme.

Notice s° 6. — Programme de lutte contre les maladies vénériennes.

Notice n °8. — Fonctionnement du Service antipaludique.

Notice n° 9. — Pharmacie centrale d'approvisionnement.

Publication du Centenaire à l'occasion du voyage du Président de la République en Algérie, 4-12 mai 1930.

Publication du Centenaire et de la Direction de l'Assistance publique (docteur Soulié), Alger, Imp. Imbert, 1930.

Raynaud L. — Recueil des instructions et décisions..., etc. contre la peste des ports algériens. Bône, Impr. Mariani, 1908.

Raynaud L. — Le service sanitaire maritime en Algérie et la lutte contre la peste. *Hygiène générale et appliquée*, avril 1904.

Raynaud L. — Prophylaxie de la peste en Algérie. *Revue d'hygiène et police sanitaire*, novembre 1909.

RAYNAUD L. — Lutte contre le typhus exanthématique en Algérie.

RAYNAUD L. — Note sur le cancer en Algérie. *Office internat. d'hygiène,* session mai 1923.

RAYNAUD L. — Note pour M. Mirante, directeur des Affaires indigènes au Gouvernement général, 30 janvier 1925.

Rapport au Gouverneur général sur l'immigration des Indigènes vers la Métropole, 14 mars 1929.

RAYNAUD L. — Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc. Paris, Baillère, 1902.

Rapport semestriel au Préfet sur l'état sanitaire de la ville d'Alger. *Bulletin sanitaire de l'Algérie,* n° 386, janvier 1930.

SOULIÉ H. — La peste bubonique en Algérie (Congrès des Sociétés savantes, 1906).

Traitement des tuberculeux en Algérie. *Journal de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord,* n° 5, mai 1926.

TREMSAL. — Un siècle de médecine coloniale française. *Thèse Alger,* 1930.

TROLARD P. — L'œuvre de F. C. Maillot. Paris, Doin 1894.

VIBOREL. — La technique moderne de propagande d'hygiène sociale. *Editions de la vie saine.*

ZISCARD G. — Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, 1835.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

CHAPITRE PREMIER.

1re Partie. — L'organisation avant 1830..... 17

2e Partie. — Après 1830..... 18

CHAPITRE II. — *Service central de l'hygiène et de la Santé publique*

1re Partie. — Organisation générale..... 26

2e Partie. — Service sanitaire maritime..... 29

3e Partie. — Services de protection du territoire. 31

4e Partie. — Lutte contre les épidémies..... 33

Peste 34

Choléra 36

Variole 36

Typhus exanthématique..... 39

Fièvre typhoïde..... 40

5e Partie. — Lutte contre les fléaux sociaux..... 40

Tuberculose 41

Teigne 49

Cancer 49

Paludisme 50

6e Partie. — L'assistance sociale..... 53

7e Partie. — L'Office algérien de médecine préventive 58

8e Partie. — L'assistance hospitalière..... 61

9e Partie. — L'assistance médicale aux indigènes d'Algérie 65

10e Partie. — L'assistance médicale des Territoires du Sud..... 77

CHAPITRE III. — *La direction de la Santé publique*

1re Partie. — Décret du 16 septembre 1932..... 81

2e Partie. — Assistance hospitalière..... 94

3e Partie. — Assistance médicale indigène..... 101

4e Partie. — Lutte contre la tuberculose..... 105

5e Partie. — Protection maternelle et infantile.. 112

6e Partie. — Lutte contre les maladies vénériennes 118

7e Partie. — Lutte contre le trachôme..... 122

8e Partie. — Service antipaludique..... 126

9e Partie. — L'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène..... 133

Bibliographie 135

Vu: *Le Doyen,*

E. LEBLANC.

Vu: *Le Président de Thèse,*

SENEVET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 15 Juin 1934.

Le Recteur,

E. HARDY.